

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ КОЖНЫХ ПРОБ (ДИАСКИНТЕСТ) ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА ИЛИ ОТКАЗ ОТ НИХ

Я, нижеподписавшийся (аяся) _____
(фамилия, имя, отчество учащегося - полностью)

год рождения _____, проживающий (ая) по адресу: город _____

Следующий раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан

Я _____

паспорт: серия _____ № _____, выдан: _____

являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) _____

(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего - полностью, год рождения, адрес проживания)

настоящим подтверждаю, что проинформирован (а) о том, что:

В соответствии с действующими нормативными правовыми актами, регламентирующими проведение санитарно-эпидемиологических (профилактических) мероприятий, направленных на предупреждение распространения туберкулеза среди населения:

- ежегодная постановка пробы Манту с 2 ТЕ ППД -Л, начиная с 12-месячного возраста, является обязательным и основным методом для раннего выявления туберкулеза у детей. Для пробы Манту 2 ТЕ ППД-Л применяют раствор очищенного туберкулина в стандартном разведении, который при внутрикожном введении вызывает местную иммунную реакцию; - для повышения качества диагностики туберкулеза проводится постановка кожной пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (Диаскинтест). Диаскинтест представляет собой рекомбинантный белок, который при внутрикожном введении вызывает у лиц с туберкулезной инфекцией специфическую кожную реакцию.

Мне понятен смысл и цели проведения кожных проб для диагностики туберкулеза.

К моменту проведения проб у лица, мной представляемого, нет никаких острых жалоб на здоровье (температуры, боли, озноба, слабости и др.), кожных заболеваний, аллергических состояний. Мне ясно, и я принимаю тот факт, что после проведения проб могут наблюдаться местные реакции (покраснение, уплотнение кожи) и иногда кратковременные общие реакции (недомогание, головная боль, повышение температуры).

Я поставил (а)в известность медицинского работника о наличии реакций предшествующие пробы у лица, мной представляемого.

Я предупрежден (а) о том, что:

- в соответствии с действующими нормативными правовыми актами, регламентирующими проведение санитарно-эпидемиологических (профилактических) мероприятий, направленных на предупреждение распространения туберкулеза среди населения, что здоровым детям все профилактические прививки можно производить непосредственно после оценки результатов пробы Манту; - статьей 5 Федерального закона от 17 сентября 1998 г. N 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней" (ред. от 31.12.2014) при отсутствии профилактических прививок предусмотрен временный отказ в приеме ребенка в дошкольное, образовательное, оздоровительное учреждение в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий; - отказ от прививок, а также диагностических проб, может повлечь за собой серьезную опасность для здоровья ребенка и нарушает его право на жизнь и здоровье, провозглашенные Конституцией Российской Федерации, Конвенцией о правах ребенка (1989 г.), Оттавской Декларацией о праве ребенка на здоровье (1998 г.).

Я ознакомлен (а) и согласен (на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты. В соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

Добровольно соглашаюсь на проведение Диаскинтеста и прошу персонал медицинского учреждения о ее постановке.

Добровольно отказываюсь от проведения Диаскинтеста (подчеркнуть нужное).

(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего гражданина)

Дата " __ " _____ 20 _____ года.

Подпись законного представителя _____

Расписался в моем присутствии:

_____/_____

(должность, Ф.И.О.) (подпись)

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ КОЖНЫХ ПРОБ (ДИАСКИНТЕСТ) ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА ИЛИ ОТКАЗ ОТ НИХ

Я, нижеподписавшийся (аяся) _____
(фамилия, имя, отчество учащегося - полностью)

год рождения _____, проживающий (ая) по адресу: город _____

Следующий раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан

Я _____

паспорт: серия _____ № _____, выдан: _____

являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) _____

(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего - полностью, год рождения, адрес проживания)

настоящим подтверждаю, что проинформирован (а) о том, что:

В соответствии с действующими нормативными правовыми актами, регламентирующими проведение санитарно-эпидемиологических (профилактических) мероприятий, направленных на предупреждение распространения туберкулеза среди населения:

- ежегодная постановка пробы Манту с 2 ТЕ ППД -Л, начиная с 12-месячного возраста, является обязательным и основным методом для раннего выявления туберкулеза у детей. Для пробы Манту 2 ТЕ ППД-Л применяют раствор очищенного туберкулина в стандартном разведении, который при внутрикожном введении вызывает местную иммунную реакцию; - для повышения качества диагностики туберкулеза проводится постановка кожной пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (Диаскинтест). Диаскинтест представляет собой рекомбинантный белок, который при внутрикожном введении вызывает у лиц с туберкулезной инфекцией специфическую кожную реакцию.

Мне понятен смысл и цели проведения кожных проб для диагностики туберкулеза.

К моменту проведения проб у лица, мной представляемого, нет никаких острых жалоб на здоровье (температуры, боли, озноба, слабости и др.), кожных заболеваний, аллергических состояний. Мне ясно, и я принимаю тот факт, что после проведения проб могут наблюдаться местные реакции (покраснение, уплотнение кожи) и иногда кратковременные общие реакции (недомогание, головная боль, повышение температуры).

Я поставил (а)в известность медицинского работника о наличии реакций предшествующие пробы у лица, мной представляемого.

Я предупрежден (а) о том, что:

- в соответствии с действующими нормативными правовыми актами, регламентирующими проведение санитарно-эпидемиологических (профилактических) мероприятий, направленных на предупреждение распространения туберкулеза среди населения, что здоровым детям все профилактические прививки можно производить непосредственно после оценки результатов пробы Манту; - статьей 5 Федерального закона от 17 сентября 1998 г. N 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней" (ред. от 31.12.2014) при отсутствии профилактических прививок предусмотрен временный отказ в приеме ребенка в дошкольное, образовательное, оздоровительное учреждение в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий; - отказ от прививок, а также диагностических проб, может повлечь за собой серьезную опасность для здоровья ребенка и нарушает его право на жизнь и здоровье, провозглашенные Конституцией Российской Федерации, Конвенцией о правах ребенка (1989 г.), Оттавской Декларацией о праве ребенка на здоровье (1998 г.).

Я ознакомлен (а) и согласен (на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты. В соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

Добровольно соглашаюсь на проведение Диаскинтеста и прошу персонал медицинского учреждения о ее постановке.

Добровольно отказываюсь от проведения Диаскинтеста (подчеркнуть нужное).

(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего гражданина)

Дата " __ " _____ 20 _____ года.

Подпись законного представителя _____

Расписался в моем присутствии:

_____/_____

(должность, Ф.И.О.) (подпись)