Приложение 11

к приказу БУ «Сургутская городская

клиническая поликлиника №2» от 15.02.2018 №48

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ (ОТКАЗ)

НА ДИАСКИНТЕСТ®

Дата«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ являюсь законным представителем

ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ребенка - полностью, год рождения)

добровольно \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ свое согласие на постановку ДИАСКИНТЕСТ® моему ребенку. Мне разъяснено следующее:

(даю–при согласии, не даю–при отказе)

*Согласно* [*статьи 54*](consultantplus://offline/ref=32F06B31D79E66D6259C0C5D5FDB8B95FD947CDE37C41C0D16B532D2CFF2CE555882D324567B44Y4A4D) *Федерального закона РФ от 21.11.2011 N323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" несовершеннолетние в возрасте старше пятнадцати лет имеют право на согласие на медицинское вмешательство или на отказ от него.*

I. Туберкулез– инфекционное заболевание. Поражаются лёгкие, реже- гортань, трахея, бронхи, почки, надпочечники, кишечник, половые органы, глаза, сердце, щитовидная железа, лимфатические узлы, кожа, кости, нервная системы. Исключение составляют волосы и ногти. Наиболее тяжелая форма заболевания- туберкулезный менингит. В 75 % случаев у детей туберкулёз на ранней стадии протекает бессимптомно, поэтому необходимо ежегодное проведение иммунодиагностики! Туберкулез-одна из 10 наиболее частых причин инвалидности и смертности в мире.

II.**В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 29 декабря 2014 г. N 951 всем детям проводится иммунодиагностика туберкулеза:**

- ПРОБУ МАНТУ проводят один раз в год всем детям с 12 месяцев до 7 лет включительно.

- ДИАСКИНТЕСТ® - проводят один раз в год всем детям с 8 лет до 17 лет включительно.

III. Вводят строго внутрикожно в среднюю треть внутренней поверхности предплечья. Результат учитывают через 72 часа.

IV. В случае приема в детское учреждение ребенка, не прошедшего профилактического обследования на туберкулёз, имеется риск заноса туберкулёзной инфекции в данное учреждение. В данном случае будут нарушены права других детей, посещающих учреждение, т.к. в соответствии со ст.8 Федерального закона от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», граждане имеют право на благоприятную среду обитания, факторы которой не оказывают вредного воздействия на человека.

V.В соответствии с СП 3.1.2.3114-13 "Профилактика туберкулеза» «Детей и подростков, направленных на консультацию в противотуберкулёзный диспансер и не представивших руководителю организации в течение 1месяца заключение фтизиатра об отсутствии заболевания туберкулёзом, **не рекомендуется допускать в детский коллектив, к работе, учёбе»!**

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с медицинским работником все интересующие и непонятные мне вопросы.. Я информирован(а) о последствиях отказа от предлагаемой иммунодиагностики.

В случае отказа от иммунодиагностики, указать на какой срок - до √ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.

Причина отказа √\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Если решение об иммунодиагностике изменится до истечения указанного срока, Вы можете обратиться к медицинскому работнику ОУ.

Подпись законного представителя: √ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ √ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Фамилия,И.О.)

Подпись медицинского работника \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись) (Фамилия, И.О.)*