

Приложение 2
к приказу Департамента
здравоохранения города Москвы
от 17.04.2015 № 308

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ КОЖНЫХ ПРОБ (ПРОБА
МАНТУ 2 ТЕ-ППДЛ, ДИАСКИНТЕСТ) ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА ИЛИ ОТКАЗ ОТ НИХ**

Я, нижеподписавшийся(аясь) _____
(фамилия, имя, отчество – полностью).

года рождения, проживающий(ая) по адресу:

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

(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

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 (Диаскинвест). Диаскинвест 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 на 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. № 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 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Добровольно соглашаюсь на проведение пробы Манту 2 ТЕ ППД-Л / Диаскинеста (подчеркнуть нужное) и прошу персонал медицинского учреждения о ее постановке.

Добровольно отказываюсь от проведения пробы Манту 2 ТЕ ППД-Л / Диаскинеста (подчеркнуть нужное).

(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего или недееспособного гражданина)

Дата «... » 20 года.

Подпись законного представителя

Расписался в моем присутствии:

(должность, Ф.И.О.)

(подпись)