

Уважаемые родители!

Во исполнении Федерального закона от 21 ноября 2011г № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; Федерального закона от 18 июня 2001г № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации»; Федерального закона от 30.03.1999г № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»; Приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 29 октября 2009г № 855 «О внесении изменения в приложение № 4 к приказу Минздрава России от 21 марта 2003г № 109»; Санитарно – эпидемиологических правил СП 3.1.2.3114-13 «Профилактика туберкулеза».

Всем детям посещающим Лицей ИГУ будет проведена туберкулинодиагностика в ноябре – декабре 2017г

Информация о цели проведения туберкулинодиагностики (реакции Манту)

В целях раннего выявления туберкулеза у детей туберкулинодиагностика проводится..... детям с 12-месячного возраста и до достижения возраста 18 лет. **Внутрикожную аллергическую пробу с туберкулином** (проба Манту) ставят **1 раз в год**, независимо от результата предыдущих проб.

Интервал между профилактической прививкой, биологической диагностической пробой и пробой Манту должен быть не менее одного месяца. В день постановки пробы Манту проводится медицинский осмотр ребенка.

Противопоказания к постановке пробы Манту: кожные заболевания, острые и хронические инфекционные и соматические заболевания в стадии обострения.....

Проба Манту проводится 2 раза в год:

- детям, не вакцинированным против туберкулеза до получения ребенком прививки против туберкулеза;
- детям, больным хроническими неспецифическими заболеваниями органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, сахарным диабетом;
- детям, получающим кортикостероидную, лучевую и цитостатическую терапию;
- ВИЧ- инфицированным детям.

Согласно п. 5.7 СП 3.1.2.3114-13 «Профилактика туберкулеза».... дети, туберкулинодиагностика которым не проводилась, допускаются в детскую организацию **при наличии заключения врача-фтизиатра об отсутствии заболевания**. Санитарные правила являются нормативным правовым актом, подлежащим обязательному применению на территории Российской Федерации в соответствии с положениями статьи 11 Федерального закона от 30 марта 1999 года № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».

Информация о точных сроках и датах проведения туберкулинодиагностики

в медицинском кабинете Лицея ИГУ будут сообщены дополнительно.

Все дети, законные представители которых подписали письменный отказ от р. Манту должны принести справку в медкабинет Лицея ИГУ от врача-фтизиатра с указанием об отсутствии заболевания туберкулеза. При отсутствии справки ребенок не допускается в образовательное учреждение и решение о посещении принимается администрацией образовательного учреждения.

Образец заполнения письменного согласия на проведения реакции Манту в медкабинете Лицея ИГУ.

Приложение
к Приказу Минздравсоцразвития России
от 26 января 2009 г. N 19н

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ДЕТЯМ ИЛИ ОТКАЗА ОТ НИХ

1. Я, нижеподписавшийся(аяся) Ианова Анна Петровна,

фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет
несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет/
несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего
больного наркоманией в возрасте старше 16 лет)

1952 гр _____ года рождения,

настоящим подтверждаю то, что проинформирован(а) врачом:

- о том, что профилактическая прививка - это введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням;
 - о необходимости проведения профилактической прививки, возможных поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее;
 - о медицинской помощи при проведении профилактических прививок, включающей обязательный медицинский осмотр несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет перед проведением прививки (а при необходимости – медицинское обследование), который входит в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и предоставляется в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно;
 - о выполнении предписаний медицинских работников.
2. Я проинформирован(а) о том, что в соответствии с пунктом 2 статьи 5 Федерального закона от 17 сентября 1998 г. N 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней" <1> отсутствие профилактических прививок влечет:
- запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок;
 - временный отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;
 - отказ в приеме граждан на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями (Постановление Правительства Российской Федерации от 15 июля 1999 г. N 825 "Об утверждении перечня работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок" <2>).
- Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил исчерпывающие ответы.

Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки реакции Манту,
(название прививки)

возможных прививочных реакциях и поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и:

добровольно соглашаюсь на проведение прививки <3> реакции Манту
(название прививки)

(добровольно отказываюсь от проведения прививки _____)
(название прививки)

несовершеннолетнему Ианову Семену ученика 7Д кл _____
(указывается фамилия, имя, отчество и год рождения несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет/
несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет)

Я, нижеподписавшийся(аяся) <4> Ианова А.П.

(фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет)/ несовершеннолетнего в возрастестарше 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте старше 16 лет)

Дата 31.08.2017г _____ Ианова О.П.
(подпись)

Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением профилактических прививок несовершеннолетнему, и дал ответы на все вопросы.

Врач _____ Дата _____
(фамилия, имя, отчество) (подпись)