ВСЕОБЩАЯ ФАКУЛЬТЕТСКАЯ БОЛЬНИЦА В ПРАГЕ
У Немоцнице 499/2, 128 08 Прага 2 | ИН: 00064165, тел.: 224 961 111

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Имя и фамилия:	**личный номер:**
Законный представитель пациента (имя, фамилия):	
Наименование медицинской процедуры / лечебного мероприятия или нескольких процедур/мероприятий): **ОБЯЗАТЕЛЬНАЯ ВАКЦИНАЦИЯ ДЕТЕЙ ПРОТИВ ТУБЕРКУЛЕЗА (ТВС)**	

Цель, характер, подготовка, предполагаемая польза, последствия и возможные риски медицинской процедуры / лечебного мероприятия:

Согласно имеющимся данным, у Вашего ребенка выявлен повышенный риск развития туберкулеза (ТВС). Это заболевание представляет собой очень серьезный риск для здоровья, особенно для детей самого младшего возраста. Вакцинация против ТВС значительно снижает вероятность развития ТВС, в том числе его наиболее тяжелых форм, и в значительной степени защищает здоровье ребенка, подверженного повышенному риску инфицирования ТВС. Вашему ребенку вакцинация показана согласно правовым нормам и как можно раньше после рождения. Преимущество ранней вакцинации против ТВС заключается в скорейшем формировании иммунитета к заболеванию без отсрочки или с минимальной отсрочкой других прививок. Другие прививки можно выполнять после того, как исчезнет реакция на прививку от ТВС.

Вакцинация против ТВС предполагает использование живой аттенуированной (ослабленной) вакцины, которая вводится в кожу левой руки. После вакцинации через 6–8 недель на месте прививки появляется узелок или небольшая язва диаметром до 10 мм, может также увеличиться до 10 мм лимфоузел в левой подмышечной области или слева на шее. В редких случаях может возникать кожная реакция размером более 10 мм и нагноение места вакцинации или лимфоузлов.

В чрезвычайно редких случаях вакцинация сопровождается и более серьезными реакциями, такими как костная инфекция или распространение живого ослабленного штамма в организме детей с выраженным снижением иммунитета. Даже при детальном обследовании в раннем возрасте после рождения невозможно предсказать реакцию на вакцинацию. Ваш ребенок будет постоянно находиться под наблюдением педиатра, а также пройдет проверку по месту вакцинации (отделение кальметизации Клиники детской и подростковой медицины, Всебщая факультетская больница в Праге, тел. 224 967 063).

По поводу любых побочных реакций на вакцину, выходящих за рамки обычной местной реакции, проконсультируйтесь как можно раньше с этими специалистами.

Пациенту назначается незарегистрированный препарат в рамках специфической программы лечения.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Имя и фамилия:	**личный номер:**

Альтернативы лечебному мероприятию, их целесообразность, польза и риски:

Альтернативы вакцинации против ТВС нет!

Медицинская процедура / лечебная манипуляция будет происходить следующим образом:

Медсестра продезинфицирует кожу и введет вакцину в верхнюю наружную область левого плеча. Через три месяца проводится контроль реакции на вакцинацию.

Ограничения и рекомендации в отношении образа жизни с учетом состояния здоровья и возможного изменения трудоспособности после проведения указанной медицинской процедуры:

Единственное ограничение – в течение 3 месяцев после вакцинации (или до заживления места инъекции) нельзя делать какие-либо другие прививки.

Дальнейшее необходимое лечение:

Нет

Заявляю, что врач, предоставивший информацию, лично информировал меня о содержании данного письменного согласия, и я имел/-а возможность задать ему вопросы, на которые получил/-а исчерпывающие ответы. Заявляю, что приведенное выше разъяснение и информацию я полностью понял/-а, и даю прямое согласие на проведение данной медицинской процедуры.

Если пациент является **несовершеннолетним или ограниченно дееспособным** и обладает соответствующей интеллектуальной и волевой зрелостью:

Заявляю, что я получил/-а разъяснения в указанном выше объеме.

Если пациенту не были предоставлены эти сведения, указывается причина их непредоставления:

г. Прага, дата

....

подпись пациента / законного представителя *имя, фамилия и подпись врача*

Эта форма также доступна непосредственно в больничной ИС.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Имя и фамилия:	**личный номер:**
…… *подпись несовершеннолетнего пациента /* *пациента с ограниченной дееспособностью*	
Если пациент / законный представитель по состоянию здоровья не может подписать документ: Причина, по которой пациент / законный представитель не может подписать документ: Способ, которым пациент / законный представитель изъявил свою волю: …… *имя, фамилия и подпись свидетеля*	