ЗАГАЛЬНА ФАКУЛЬТЕТСЬКА ЛІКАРНЯ В ПРАЗІ
У Немоцніце 499/2, 128 08 Прага 2| ІН: 00064165, тел.: 224 961 111

ІНФОРМОВАНА ЗГОДА

Ім'я та прізвище:	**перс. номер:**
Законний представник пацієнта (ім'я, прізвище):	

Найменування медичної процедури / лікувального заходу (або декількох процедур/заходів):

ОБОВ'ЯЗКОВА ВАКЦИНАЦІЯ ДІТЕЙ ПРОТИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ (ТВС)

Мета, характер, підготовка, очікувана користь, наслідки та можливі ризики медичної процедури / лікувального заходу:

Згідно з наявними даними, у Вашої дитини виявлено підвищений ризик розвитку туберкульозу (ТВС). Це захворювання пов'язане з дуже серйозним ризиком для здоров'я, особливо для дітей наймолодшого віку. Вакцинація проти ТВС значно знижує ймовірність розвитку ТВС, зокрема його найважчих форм, і значною мірою захищає здоров'я дитини з підвищеним ризиком інфікування ТВС. Вашій дитині вакцинація показана згідно з правовими нормами і якомога раніше після народження. Перевага ранньої вакцинації проти ТВС полягає в якнайшвидшому формуванні імунітету до захворювання без відстрочення або з мінімальним відстроченням інших щеплень. Інші щеплення можна виконувати після того, як зникне реакція на щеплення від ТВС.

Вакцинація проти ТВС передбачає використання живої атенуйованої (ослабленої) вакцини, яку вводять у шкіру лівої руки. Після вакцинації через 6–8 тижнів на місці щеплення може з'явитися вузлик або невелика виразка діаметром до 10 мм, може також збільшитися до 10 мм лімфовузол у лівій пахвовій ділянці або зліва на шиї. У рідкісних випадках може виникати шкірна реакція розміром понад 10 мм і нагноєння місця вакцинації або лімфовузлів.

У надзвичайно рідкісних випадках вакцинація супроводжується і серйознішими реакціями, як-от ураження кісток або поширення інфекції ослабленим штамом у осіб зі значним зниженням імунітету. Навіть за детального обстеження в ранньому віці після народження неможливо передбачити реакцію на вакцинацію. Ваша дитина буде постійно перебувати під наглядом педіатра, а також пройде перевірку за місцем вакцинації (відділення кальметизації Клініки дитячої та підліткової медицини, Загальна факультетська лікарня в Празі, тел. 224 967 063).

З приводу будь-яких побічних реакцій на вакцину, що виходять за межі звичайної місцевої реакції, проконсультуйтеся якомога раніше з цими фахівцями.

Пацієнту призначається незареєстрований препарат у межах специфічної програми лікування.

Альтернативи лікувальному заходу, їхня доцільність, переваги та ризики:

Альтернативи вакцинації проти ТВС немає!

Медична процедура / лікувальна маніпуляція відбуватиметься так:

Медсестра продезінфікує шкіру і введе вакцину у верхню зовнішню ділянку лівого плеча.

ІНФОРМОВАНА ЗГОДА

Ім'я та прізвище:	**перс. номер:**
Через три місяці проводять контроль реакції на вакцинацію.	
Обмеження та рекомендації щодо способу життя з огляду на стан здоров'я та можливі зміни у працездатності після проведення медичної процедури: Єдине обмеження – протягом 3 місяців після вакцинації (або до загоєння місця ін'єкції) не можна робити будь-які інші щеплення.	
Подальше потрібне лікування: Немає	
Заявляю, що лікар, який надав мені інформацію, особисто роз'яснив увесь зміст цієї письмової інформованої згоди, і я мав можливість поставити йому запитання, на які дістав належну відповідь. Заявляю, що наведену вище інформацію я повністю зрозумів/-ла і даю пряму згоду на проведення цієї медичної процедури. Якщо пацієнт **неповнолітній або з обмеженою дієздатністю** і достатньо зрілий в інтелектуальному та вольовому відношенні: **Заявляю, що я отримав/-ла роз'яснення в обсязі, зазначеному вище.** Якщо пацієнту не були надані такі відомості, має бути наведена причина їх ненадання: м. Прага, дата …….. …….. *підпис пацієнта / законного представника* *ім'я, прізвище та підпис лікаря* …….. *підпис неповнолітнього пацієнта /* *пацієнта з обмеженою дієздатністю*	
Якщо пацієнт / законний представник не може підписати документ за станом	

ІНФОРМОВАНА ЗГОДА

Ім'я та прізвище:	**перс. номер:**
здоров'я: Причина, через яку пацієнт / законний представник неспроможний підписати документ: Спосіб, яким пацієнт / законний представник висловив свою волю: ..... *ім'я, прізвище та підпис свідка*	