

ЗАЯВА

ПРО ВІДСУТНІСТЬ СИМПТОМІВ ВІРУСНОГО ІНФЕКЦІЙНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ

Ім'я та прізвище (*дитина / учень / студент / учасник освіти*)

.....

дата народження:

постійне місце проживання:

1. Я заявляю, що вищезгадана дитина / учень / студент / учасник освіти не проявляє ніяких симптомів вірусного інфекційного захворювання в останні два тижні (*наприклад, лихоманка, кашель, задихка, раптова втрата смаку та нюху і т.д.*)
2. Я заявляю, що я був ознайомлений з визначенням осіб з факторами ризику та з рекомендацією, щоб враховувати ці фактори ризику при прийнятті рішення про участь в освітній діяльності.

М.

Дата:

.....

Підпис дорослого учня / студента / учасника освіти
або

Підпис законного представника неповнолітнього

Особи з факторами ризику

Міністерство охорони здоров'я виявило наступні фактори ризику:

1. Вік старше 65 років з супутніми хронічними захворюваннями.
2. Хронічна хвороба легень (*включає бронхіальну астму середнього та тяжкого ступеня*) при тривалому системному фармакологічному лікуванні.
3. Захворювання серця або великих судин при тривалому системному фармакологічному лікуванні, наприклад гіпертонії.
4. Порушення імунної системи, наприклад
 - а) при імунодепресивному лікуванні (*стероїди, ВІЛ і т.д.*),
 - б) при протипухлинному лікуванні,
 - в) після трансплантації органів або кісткового мозку,
5. Важке ожиріння (*ВМІ більше 40 кг/м²*).
6. Фармакологічне лікування цукрового діабету.
7. Хронічне захворювання нирок, що вимагає тимчасової або постійної підтримки / заміни функції нирок (*діаліз*).
8. Захворювання печінки (*первинне або вторинне*).

Група ризику включає в себе особу, яка виконує хоча б один з пунктів, перерахованих вище, або якщо будь-який з пунктів відповідає будь-якій особі, яка живе в тому ж домогосподарстві, що і вона.