

ЗАЯВЛЕНИЕ

ОБ ОТСУТСТВИИ СИМПТОМОВ ВИРУСНОГО ИНФЕКЦИОННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Имя и фамилия (ребенок / ученик / студент / участник образования)

.....

дата рождения:

постоянное место жительства:

1. Я заявляю, что вышеупомянутый ребенок / ученик / студент / участник образования не проявляет никаких симптомов вирусного инфекционного заболевания в последние две недели (*например, лихорадка, кашель, одышка, внезапная потеря вкуса и обоняния и т.д.*).
2. Я заявляю, что я был ознакомлен с определением лиц с факторами риска и с рекомендацией, чтобы учитывать эти факторы риска при принятии решения об участии в образовательной деятельности.

Г.

Дата:

.....

Подпись взрослого ученика / студента / участника образования

или

Подпись законного представителя несовершеннолетнего

Лица с факторами риска

Министерство здравоохранения выявило следующие факторы риска:

1. Возраст старше 65 лет с сопутствующими хроническими заболеваниями.
2. Хроническая болезнь легких (*включает бронхиальную астму средней и тяжелой степени*) при длительном системном фармакологическом лечении.
3. Заболевания сердца и/или крупных сосудов при длительном системном фармакологическом лечении, например гипертонии.
4. Нарушение иммунной системы, например
 - а) при иммунодепрессивном лечении (*стероиды, ВИЧ и т.д.*),
 - б) при противоопухолевом лечении,
 - в) после трансплантации органов и/или костного мозга,
5. Тяжелое ожирение (*BMI более 40 кг/м²*).
6. Фармакологическое лечение сахарного диабета.
7. Хроническое заболевание почек, требующее временной или постоянной поддержки / замены функции почек (*диализ*).
8. Заболевания печени (*первичное или вторичное*).

Группа риска включает в себя лицо, которое выполняет хотя бы один из пунктов, перечисленных выше, или если какой-либо из пунктов отвечает любому лицу, которое живет в том же домохозяйстве, что и оно.