\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации

или Ф.И.О. медицинского работника)

адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. пациента или его законного

представителя)

адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, факс: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

адрес эл. почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление

об отказе в даче согласия

на медицинское вмешательство

(проведение пробы Манту)

 В ответ на предъявленное мне требование о проведении моему сыну\дочери пробы Манту как необходимом условии выдачи медкарты для школы\детсада отказываюсь дать согласие по следующим основаниям:

1) Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи (п1. ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации").

Я не получил подтверждений о результатах ежегодного исследования последствий применения фенола и стабилизатора Твин-80, входящих в раствор Манту. Мне также не предоставлено надежной информации, опровергающей данные Российского медицинского журнала 1997.5 с.31-36 о том, что из-за невозможности однозначной интерпретации пробы более 44% детей и подростков необоснованно состоят на учете в противотуберкулезных диспансерах и получают химиопрофилактику с большим количеством побочных эффектов.

2) Противотуберкулезная помощь несовершеннолетнему в возрасте до пятнадцати лет или больному наркоманией несовершеннолетнему в возрасте до шестнадцати лет оказывается при наличии информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство одного из его родителей или иного законного представителя, лицу, признанному в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, - при наличии информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство его законного представителя, за исключением случаев, предусмотренных статьями 9 и 10 Федерального закона "О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации" и другими федеральными законами.

Состояние здоровья моего ребенка, подтвержденное осмотром педиатра и результатами анализов крови и мочи, не подпадает под пункты 9 и 10 указанного закона.

Таким образом, действующим законодательством не предусмотрено никаких ограничений для детей вследствие отказа от проведения пробы Манту: не предусмотрены дополнительные осмотры специалистами; не предусмотрена сдача дополнительных анализов и прохождение дополнительных процедур. Ведомственные документы, противоречащие федеральному законодательству, незаконны и исполнению не подлежат.

В связи с изложенным прошу Вас обеспечить незамедлительное оформление медицинской карты для моего сына\моей дочери в безусловном порядке, без требований пробы Манту или иных процедур, связанных с осмотрами специалистов, в том числе фтизиатров, с введением в организм посторонних веществ или с ионизирующим излучением.

В случае Вашего отказа прошу Вас в установленный законом срок изложить его обоснование в письменном виде с указанием номеров, названий и дат документов, которые являются основаниями для данного отказа, после чего оно будет отправлено в орган здравоохранения и прокуратуру. Оставляю за собой право обратиться в суд для пресечения противоправных действий Вашей поликлиники, а также для взыскания компенсации за моральный и материальный ущерб, возникший из-за неоформления медкарты.

 "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г.

 Пациент (законный представитель)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)

 Вх. №\_\_\_\_\_ от \_\_.\_\_.\_\_\_\_\_ года.

 Заявление принято специалистом:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (должность, Ф.И.О., роспись)