

Podczas poważnych awarii reaktorów jądrowych może dojść do uwolnienia radioaktywnego jodu. Odpowiednio wczesne przyjęcie tabletek z jodkiem potasu nasycza tarczycę stabilnym jodem, blokując wchłanianie przez nią radioaktywnego jodu.

Mając na uwadze przeciwwskazania do przyjmowania tabletek jodku potasu - a jednocześnie - w celu zagwarantowania przyjęcia przez dziecko w odpowiednim czasie tabletek z jodkiem potasu w szkole koniecznym staje się wcześniejsze uzyskanie Państwa zgody na wydanie Waszemu dziecku tabletki.

OŚWIADCZENIE

Imię i nazwisko ucznia:

Klasa:

Wiek: lat

Wyrażam zgodę na podanie mojemu dziecku tabletek z jodkiem potasu w przypadku wystąpienia zdarzenia radiacyjnego – na polecenie instytucji ochrony zdrowia:

dzieci od 3 do 12 lat : 1 tabletki (50 mg jodu)

dzieci powyżej 12 lat : 2 tabletki (100mg jodu)

Jednocześnie potwierdzam, że nie są mi znane żadne przeciwwskazania do przyjmowania tabletek jodku potasu przez mojego syna/córkę.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna)

Nie wyrażam zgody na podanie mojemu dziecku tabletek z jodkiem potasu w przypadku wystąpienia zdarzenia radiacyjnego - na polecenie instytucji ochrony zdrowia.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna)

Під час великих аварій ядерних реакторів можливий викид радіоактивного йоду. Ранній прийом таблеток йодиду калію насичує щитовидну залозу стабільним йодом, блокуючи поглинання нею радіоактивного йоду.

Пам'ятаючи про протипоказання до прийому таблеток йодиду калію – і водночас – для того, щоб ваша дитина вчасно прийняла таблетки йодиду калію в школі, необхідно заздалегідь отримати вашу згоду на прийом таблетки.

ЗАЯВА

Прізвище та ім'я учня: :

.....

Клас:

Вік: років

Я виражаю згоду давати моїй дитині йодистий калій в таблетках у разі радіаційної надзвичайної ситуації - за рекомендацією закладу охорони здоров'я:

діти від 3 до 12 років: 1 таблетка (50 мг йоду)

діти старше 12 років: 2 таблетки (100 мг йоду)

Одночасно підтверджую, що мені не відомі протипоказання щодо прийому моїм сином/дочкою таблеток йодиду калію.

.....

.....

(місце, дата)
офіційного опікуна)

(розбірливий підпис одного з батьків /

Я не виражаю згоди давати моїй дитині таблетки йодистого калію в разі радіаційної надзвичайної ситуації - за рекомендацією закладу охорони здоров'я.

.....

.....

(місце, дата)
офіційного опікуна)

(розбірливий підпис одного з батьків /