**VILNIAUS LOPŠELIS-DARŽELIS „AITVARAS“**

**SUTIKIMAS/NESUTIKIMAS**

**DĖL REIKALINGO STABILIOJO JODO PREPARATO VAIKUI IŠDAVIMO IR JO SUVARTOJIMO ĮVYKUS BRANDUOLINEI AR RADIOLOGINEI AVARIJAI**

Aš,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, būdama (-s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ motina/tėvas/atstovas, SUTINKU/NESUTINKU (nereikalingą išbraukti), jog įvykus branduolinei ar radiologinei avarijai ir atsiradus poreikiui, mano vaikui būtų išduotas stabiliojo jodo preparatas ir su atsakingo už stabiliojo jodo preparato išdavimą ir instruktavimą asmens priežiūrą, mano vaikas suvartotų jam pagal amžių nustatytą stabiliojo jodo preparato kiekį.

**Šiuo sutikimu patvirtinu, kad:**

1. Mano vaikas nėra alergiškas kalio jodidui arba bet kuriai pagalbinei šio vaisto medžiagai;
2. Mano vaikas neserga autoimunine liga, pasireiškiančia niežuliu ir pūslių susidarymu (pūsleliniu dermatitu (Diuringo liga);
3. Mano vaikui nėra padidėjusi skydliaukės funkcija ir sintezuojama per daug skydliaukės hormonų (hipertirozė);
4. Mano vaikas neserga tam tikromis kraujagyslių ligomis (hipokomplementiniu vaskulitu).

**SAVO SUTIKIMĄ/NESUTIKIMĄ PATVIRTINU:**

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

(vardas, pavardė, parašas, telefono numeris)