**Potvrzení o bezinfekčnosti**

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil mému dítěti (jméno, příjmení) …………………………………

………………………. narozenému …………………………….., který je v mé péči, změnu režimu, dítě nejeví známky akutního onemocnění (průjem, teplota) a ošetřující lékař mi nenařídil karanténní opatření. Není mi též známo, že v posledních dvou týdnech přišlo mé dítě do styku s osobami, které onemocněly přenosnou virovou či bakteriální nemocí a neprojevily se u něho příznaky těchto infekčních onemocnění (např. horečka, kašel, dušnost, náhlá ztráta chuti a čichu apod.).

Prohlašuji, že jsem byla seznámen/a s vymezením osob s rizikovými faktory a s doporučením, abych zvážila tyto rizikové faktory při rozhodování o účasti na vzdělávacích aktivitách.

Čestně prohlašuji, že moje dítě je schopno se zúčastnit výše zmíněného tábora a jsem si vědom/a právních následků v případě nepravosti mého vyjádření.

 **Nedílnou součástí tohoto potvrzení je kopie kartičky zdravotní pojišťovny.**

V Doloplazech dne ……………………………… ……………………………………………

 podpis zákonného zástupce

Osoby s rizikovými faktory

Ministerstvo zdravotnictví stanovilo následující rizikové faktory:

1. Věk nad 65 let s přidruženým chronickými chorobami.

2. Chronické onemocnění plic (zahrnuje i středně závažné a závažné astma bronchiale) s dlouhodobou systémovou farmakologickou léčbou.

3. Onemocnění srdce anebo velkých cév s dlouhodobou systémovou farmakologickou léčbou např. hypertenze.

4. Porucha imunitního systému, např.

a) při imunosupresivní léčbě (steroidy, HIV apod.),

b) při protinádorové léčbě,

c) po transplantaci solidních orgánů anebo kostní dřeně.

5. Těžká obezita (BMI nad 40 kg/m2).

6. Farmakologicky léčený Diabetes mellitus.

7. Chronické onemocnění ledvin vyžadující dočasnou nebo trvalou podporu/náhradu funkce ledvin (dialýza).

8. Onemocnění jater (primární nebo sekundární).

Do rizikové skupiny patří osoba, která naplňuje alespoň jeden bod uvedený výše nebo pokud některý z bodů naplňuje jakákoliv osoba, která s ní žije ve společné domácnosti.