**ФОРМА ЗГОДИ НА РОЗДАЧУ ЙОДОВМІСНИХ ТАБЛЕТОК У РАЗІ ЯДЕРНОЇ АВАРІЇ**

Йодовмісні таблетки є в наявності в усіх приватних і державних школах, дитячих садках, закладах соціального захисту дітей і сімей та в інших установах, де діти перебувають протягом дня. У разі ядерної аварії необхідно буде роздати дітям / школярам йодовмісні таблетки за рекомендацією Кризового комітету з питань захисту від ядерної небезпеки.

Якщо ядерна аварія станеться поблизу Норвегії або на її території, радіоактивний йод може поширюватися повітрям у таких великих кількостях, що поглинатиметься щитовидною залозою після вдихання забрудненого повітря або споживання забрудненої їжі та напоїв. Йодовмісні таблетки блокують поглинання радіоактивного йоду щитовидною залозою та знижують ризик розвитку раку цієї залози. Тому влада Норвегії рекомендує дітям і підліткам віком до 18 років отримувати дозу йоду у формі таблеток на випадок ядерної аварії з вивільненням радіоактивного йоду.

Після приймання однієї дози йоду побічні ефекти виникають дуже рідко. Тим, у кого є алергія на йодид калію, не можна приймати йодовмісні таблетки. У разі сумнівів слід звернутися до свого лікаря. Людям із хворобами обміну речовин слід перевірити метаболічні аналізи через 6—12 тижнів після прийому препаратів йоду. У людей із герпетиформним дерматитом (хворобою Дюринґа) після прийому йодовмісних таблеток може спостерігатися загострення цього шкірного захворювання — у такому випадку лікар має вирішити, чи слід коригувати схему лікування дерматиту.

Для дітей та учнів віком до 16 років батьки або опікуни повинні підтвердити, що персонал дитячого садка, школи або установи, де діти перебувають протягом дня, може роздавати йодовмісні таблетки в разі ядерної аварії.

**ФОРМА ЗГОДИ**

Ми (я) згодні (-на, -ен) з тим, що \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (повне ім’я дитини) у \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (відділенні / класі / закладі) може отримати йодовмісні таблетки від персоналу дитячого садка / школи / закладу в разі інциденту, коли існує ризик потрапити під вплив радіоактивних опадів. Ми (я) як опікуни (опікун) зобов’язані (-а, -ий) повідомити про наявність супутніх захворювань, які не дозволяють дитині / учневі отримати йодовмісні таблетки. Згода використовується до досягнення дитиною / учнем 16-річного віку. Діти / учні старше 16 років дають власну згоду, підписуючись нижче.

Норвезькою: Vi/jeg samtykker til at \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(barnets navn) i \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (avdeling/ klasse/ institusjon) kan motta jodtabletter fra barnehagens/ skolens/ institusjonens personale dersom det oppstår en hendelse hvor man kan bli utsatt for radioaktivt nedfall. Det er mitt ansvar som foresatt å opplyse om det tilstøter sykdommer slik at barnet/eleven likevel ikke kan få jodtabletter. Samtykket gjelder fram til barnet/eleven fyller 16 år. Barn/elever over 16 år gir eget samtykke ved underskrift nedenfor.

- або -

**ФОРМА НЕЗГОДИ**

Ми (я) **незгодні (-на, -ен)** з тим, що \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (повне ім’я дитини) у \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (відділенні / класі / закладі) може отримати йодовмісні таблетки від персоналу дитячого садка / школи / закладу в разі інциденту, коли існує ризик потрапити під вплив радіоактивних опадів. Незгода діє до досягнення дитиною / учнем 16-річного віку. Діти / студенти старше 16 років залишають за собою право отримати йодовмісні таблетки, поставивши далі свій підпис.

Норвезькою: Vi/jeg samtykker **ikke** til at\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(barnets navn) i \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (avdeling/ klasse/ institusjon) kan motta jodtabletter fra barnehagens/ skolens/ institusjonens personale dersom det oppstår en hendelse hvor man kan bli utsatt for radioaktivt nedfall. Et ikke-samtykke gjelder fram til barnet/eleven fyller 16 år. Barn/elever over 16 år reserverer seg mot å få jodtabletter ved underskrift nedenfor.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Батьки / опікуни або учень старше 16 років Дата**

**Норвезькою: Foreldre/foresatte eller elev over 16 år Dato**