

## **Szanowni Rodzice, Opiekunowie Prawni**

Zgodnie z decyzją Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji Gmina Wałbrzych zdeponowała tabletki jodku potasu, które w sytuacji zagrożenia skażeniem radiacyjnym będą przekazywane mieszkańcom w rozmieszczonych na terenie gminy punktach (dotyczy wszystkich osób do 60 r.ż.). Obecnie takiego zagrożenia nie ma, a sytuacja jest na bieżąco monitorowana przez Państwową Agencję Atomistyki.

Jeżeli dojdzie do zdarzenia radiacyjnego komunikat o tym zostanie podany w mediach ogólnopolskich i lokalnych. Dystrybucja tabletek ruszy natychmiast po wydaniu stosownej decyzji przez Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji.

Odpowiednio wczesne przyjęcie tabletek z jodkiem potasu wypełni tarczycę stabilnym jodem, zapobiegając w ten sposób nagromadzeniu się w niej jodu radioaktywnego. W ten sposób napromieniowanie tarczycy i wystąpienie wywołanego promieniowaniem raka tarczycy zostanie zminimalizowane praktycznie do zera. Warunkiem tego jest jednak przyjęcie tabletek z jodkiem potasu przed pojawieniem się radioaktywnej chmury.

### **Odpowiednio wczesne przyjęcie tabletek jodku potasu zapewnia skuteczną ochronę przed popromiennym rakiem tarczycy.**

Podanie tabletki jodku potasu dla Państwa dziecka jest możliwe dopiero po wcześniejszej Państwa zgodzie. Przez podpisanie „deklaracji” możecie Państwo umożliwić wydanie odpowiedniej dawki Państwa dziecku.

### **W przypadku wystąpienia awarii reaktora (zdarzeń radiacyjnych) tabletki jodku potasu (preparaty z aktywnym jodem) są wydawane tylko na wyraźne żądanie stosownych urzędów ochrony zdrowia.**

Przed podpisaniem zgody prosimy dokładnie zapoznać się z informacjami na temat stosowania tabletek z jodkiem potasu.

## **DEKLARACJA DOT. PODANIA TABLETEK JODKU POTASU**

Imię i nazwisko dziecka ..... data urodzenia  
.....

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego dziecka .....  
.....

**Tak**, wyrażam zgodę (na okres pobytu w szkole, przedszkolu, żłobku\*) na podanie mojemu dziecku na polecenie instytucji ochrony zdrowia tabletek z jodkiem potasu. Potwierdzam, że nie są mi znane żadne przeciwwskazania do przyjmowania przez moje dziecko tabletek i że jeśli takie wystąpią natychmiast poinformuję o tym szkołę, przedszkole, żłobek\*

**Nie**, wyrażam zgody.\*

\*- niepotrzebne skreślić

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