

# Čestné prohlášení o neexistenci příznaků virového infekčního onemocnění

## Osobní údaje účastníka akce:

Jméno: \_\_\_\_\_ Příjmení: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_ Rodné číslo: \_\_\_\_\_

## Kontaktní údaje zákonného zástupce:

Jméno: \_\_\_\_\_ Příjmení: \_\_\_\_\_

Telefonní kontakt: \_\_\_\_\_

1. Prohlašuji, že se u výše uvedeného dítěte/žáka/studenta/účastníka akce v posledních dvou týdnech neprojeví příznaky virového infekčního onemocnění (*např. horečka, kašel, dušnost, náhlá ztráta chuti a čichu apod.*).

2. Prohlašuji, že jsem byl seznámen s vymezením osob s rizikovými faktory a s doporučením, abych zvážil tyto rizikové faktory při rozhodování o účasti na volnočasových aktivitách.

V.....

Dne .....

.....  
Podpis zletilého žáka/studenta/účastníka vzdělávání  
nebo podpis zákonného zástupce nezletilého

## Osoby s rizikovými faktory

### **Ministerstvo zdravotnictví stanovilo následující rizikové faktory:**

1. Věk nad 65 let s přidruženými chronickými chorobami.
2. Chronické onemocnění plic (*zahrnuje i středně závažné a závažné astma bronchiale*) s dlouhodobou systémovou farmakologickou léčbou.
3. Onemocnění srdce a/nebo velkých cév s dlouhodobou systémovou farmakologickou léčbou např. hypertenze.
  - a) porucha imunitního systému, např. a) při imunosupresivní léčbě (*steroidy, HIV apod.*),
  - b) při protinádorové léčbě,
  - c) po transplantaci solidních orgánů a/nebo kostní dřeně
  - d) těžká obezita (*BMI nad 40 kg/m<sup>2</sup>*).
  - e) farmakologicky léčený diabetes mellitus.
  - f) chronické onemocnění ledvin vyžadující dočasnou nebo trvalou podporu/náhradu funkce ledvin (*dialýza*).
  - g) 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.