

## Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, \_\_\_\_\_, (фамилия, имя, отчество родителя, законного представителя) проживающий по адресу:

\_\_\_\_\_, законный представитель (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) несовершеннолетнего (нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего до 18 лет) в соответствии с требованиями статьи № 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Федерального закона от 21.11.2013 г. № 317ФЗ даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

Я доверяю медицинским работникам выполнение исследований, вмешательств и лучевых исследований, если таковое будет продиктовано медицинской необходимостью и целесообразностью и выполнено в соответствии с действующими стандартами и правилами. Я даю согласие на проведение при необходимости следующих вмешательств: Медицинский осмотр при заезде ребенка в ДОЛ «Дружба», в течение смены через каждые семь дней. Проведение взвешивания ребенка, спирометрию, измерение мышечной силы кистевым динамометром в начале и в конце смены, измерение роста ребенка. Информирование сотрудников (начальника лагеря, воспитателей, инструкторов по физической культуре) о состоянии здоровья ребенка. Коррекцию режима и нагрузок для ребенка с отклонениями в состоянии здоровья. Систематический контроль за состоянием здоровья ребенка. Систематический контроль за соблюдением правил личной гигиены ребенком, сроками проведения банных дней. Своевременную изоляцию и/или госпитализацию, организацию лечения и ухода за ребенком согласно стандартам оказания медицинской помощи и клиническим протоколам лечения, действующим на территории РФ. Осмотр ребенка на педикулез, чесотку, микроспорию. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. Осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию, риноскопию, фарингоскопию, непрямую ларингоскопию. Антропометрические исследования. Термометрию. Тонометрию. Не инвазивные исследования органов зрения и зрительных функций. Не инвазивные исследования органа слуха и слуховых функций. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы). Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование кардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография. Рентгенологические методы исследования, в том числе рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования, магнитно-резонансная томография, компьютерная томография. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно. Промывание желудка. Очистительная и лечебная клизма. Оказание неотложной медицинской помощи по показаниям, оказание стоматологической помощи в случае острой боли. Госпитализацию детей по медицинским показаниям в лечебные учреждения, находящиеся за пределами ДОЛ «Дружба». В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, возможность направления ребенка на лечение в лечебно-профилактическое учреждение, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты. Настоящее согласие действует на время пребывания моего ребенка в ДОЛ «Дружба». Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес филиала ГУП РК «Солнечная Таврика» «Санаторий «Дружба» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку официальному представителю предприятия.

В случае необходимости проведения медицинских мероприятий, не включенных в данный перечень, я информирован, что медицинские работники будут оказывать медицинскую помощь в соответствии с действующим законодательством в сфере здравоохранения.

**Информацию о состоянии здоровья моего ребенка/подопечного прошу предоставлять**

**мне по телефону \_\_\_\_\_**

Законный представитель (ФИО):

\_\_\_\_\_  
(ФИО)

(подпись)

Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_ г.