

СОГЛАСИЕ

родителей/законных представителей на медицинское вмешательство (Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство)

Я, _____
(фамилия, имя, отчество родителя, законного представителя)

Проживающий (ая) 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. № 317-ФЗ 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:

1. Медицинский осмотр при заезде ребенка в ГАУ ДОЛ «Колосок», в течение смены через каждые семь дней.
2. Проведение взвешивания ребенка, спирометрию и измерение мышечной силы кистевым динамометром в начале и в конце смены, измерение роста ребенка.
3. Ежедневный амбулаторный прием, сбор анамнеза.
4. Информирование сотрудников (начальника лагеря, воспитателей, инструкторов по физической культуре) о состоянии здоровья ребенка.
5. Коррекцию режима и нагрузок для ребенка с отклонениями в состоянии здоровья.
6. Систематический контроль за состоянием здоровья ребенка.
7. Систематический контроль за соблюдением правил личной гигиены ребенком, сроками проведения банных дней.
8. Своевременную изоляцию и/или госпитализацию, организацию лечения и ухода за ребёнком согласно стандартам оказания медицинской помощи и клиническим протоколам лечения, действующим на территории РФ.
9. Осмотр ребёнка на педикулёз, чесотку, микроспорию.
10. Осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию, риноскопию, фарингоскопию, непрямую ларингоскопию.
11. Антропометрические исследования.
12. Термометрию.
13. Тонометрию.
14. Не инвазивные исследования органов зрения и зрительных функций.
15. Не инвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
16. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).

17. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.

18. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиографию, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование кардиограммы, спирографию, пневмотахометрию, пикфлоуметрию, реоэнцефалографию, электроэнцефалографию.

19. Рентгенологические методы исследования, в том числе флюорографию (для лиц, старше 15 лет) и рентгенографию, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования, магнитно-резонансную томографию, компьютерную томографию.

20. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрисуставно.

21. Анестезиологическое пособие.

22. Пункцию суставов и внутрисуставное введение лекарственных средств.

23. Закрытую репозицию при переломах.

24. Промывание желудка.

25. Очистительную и лечебную клизму.

26. Обработку ран и наложение повязок, швов.

27. Хирургическое лечение гнойно-некротических процессов.

28. Оказание гинекологической и урологической помощи.

29. Оказание наркологической и психиатрической помощи, включая стационарную, в учреждениях здравоохранения, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по данным видам деятельности.

30. Госпитализацию по медицинским показаниям в лечебные учреждения, находящиеся за пределами ГАУ ДОЛ «Колосок».

А также я даю согласие на иную медицинскую помощь, необходимую для сохранения жизни и здоровья моего ребёнка, включая доставку ребёнка в медицинские учреждения за пределами лагеря, которое осуществляется медицинскими работниками ГАУ ДОЛ «Колосок».

Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных в объёме и способами, указанными в п. 1.3 ст.11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных».

Перечень персональных данных, на обработку которых даётся согласие субъекта персональных данных: фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, адрес, контактный телефон, реквизиты, полис ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, другая информация.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача) в порядке, установленном законодательством РФ, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, иные действия.

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 ребёнка 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 дано мной «___»___ 20__ г. и действует на время пребывания моего ребёнка в ГАУ ДОЛ «Колосок». Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ГАУ ДОЛ «Колосок» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю ГАУ ДОЛ «Колосок». При заболевании и госпитализации моего ребёнка в лечебные учреждения за пределы лагеря прошу вас проинформировать меня по следующим контактными

данном: _____
(номер телефона)

Прочим лицам информацию о состоянии здоровья ребенка не предоставлять.

Законный представитель:

(подпись)

(ФИО)

«___» _____ 2020 г.