

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

« _____ » _____ 20__ г.

Я,
нижеподписавшийся(ая), _____

(Ф.И.О. родителя, законного представителя ребенка)

Проживающий(ая) по
адресу: _____

Являясь законным представителем (мать, отец, опекун, попечитель) несовершеннолетнего ребенка:
(нужное подчеркнуть)

(Ф.И.О. несовершеннолетнего до 18 лет)

(далее «Ребенка»), в соответствии с требованиями статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Федерального закона от 21.11.2013 № 317-ФЗ, даю информированное добровольное согласие на оздоровительные мероприятия и медицинское вмешательство в отношении моего ребенка.

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 ООО «Полития», ДОЛ «Созвездие» и в течение смены.
2. Проведение взвешивания ребенка, измерение роста ребенка.
3. Ежедневный амбулаторный прием, анамнез.
4. Информирование сотрудников (директора санатория, работников педагогической и медицинской службы) 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, санитарным состоянием, внешним видом.
8. Своевременную изоляцию и/или госпитализацию, организацию лечения и ухода за ребенком согласно стандартам оказания медицинской помощи и клиническим протоколам лечения, действующим на территории РФ.
9. Осмотр ребенка на педикулез, чесотку, микроспорию.
10. Осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию, риноскопию, фарингоскопию, непрямую ларингоскопию.
11. Антропометрические исследования.
12. Термометрию, тонометрию.
14. Не инвазивные исследования органов зрения и зрительных функций, 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 электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование кардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография.
19. Рентгенологические методы исследования, в том числе флюорография (для лиц, старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования, магнитно-резонансная томография, компьютерная томография.
20. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно.
21. Анестезиологическое пособие.
23. Закрытую репозиция при переломах.
24. Промывание желудка.
25. Очистительная и лечебная клизма.
26. Обработка ран и наложения повязок, швов.
27. Хирургическое лечение гнойно-некротических процессов.

28. Оказание гинекологической и урологической помощи.

29. Госпитализацию детей по медицинским показаниям в лечебные учреждения, находящиеся за пределами ООО «Полития», ДОЛ «Созвездие».

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 ООО «Полития», ДОЛ «Созвездие».

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ООО «Полития», ДОЛ «Созвездие» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю ООО «Полития», ДОЛ «Созвездие».

При заболевании и госпитализации моего ребенка в лечебные учреждения на территории ООО «Полития», ДОЛ «Созвездие» либо за его пределы прошу Вас проинформировать меня по следующим контактными

данным: _____

_____.

(номер телефона)

Прочим лицам информацию о состоянии здоровья ребенка не предоставлять.

Законный представитель:

(подпись)

(ФИО)