Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

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

«____» _____ _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения родителя / законного представителя)

_____
(адрес регистрации родителя / законного представителя)

проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

«____» _____ _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____
(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. №390н (далее — виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь в государственном учреждении здравоохранения.

В том числе я даю согласие на:

- проведение медицинского осмотра в первый день работы смены детского лагеря (или накануне открытия) с целью выявления больных, в т.ч. осмотр на педикулез, чесотку, микроспорию;
- распределение на медицинские физкультурные группы;
- информирование сотрудников (начальника лагеря, воспитателей, инструкторов по физической культуре) о состоянии здоровья ребенка;
- коррекцию режима и нагрузок для детей с отклонениями в состоянии здоровья;
- проведение взвешивания, спирометрии и измерение мышечной силы кистевым динамометром в начале и в конце смены, измерение роста детей;
- систематический контроль за состоянием здоровья детей, особенно имеющих отклонения, активное выявление заболевших;
- контроль за соблюдением правил личной гигиены детьми;
- своевременную изоляцию больных, организацию лечения и ухода за детьми, находящимися в изоляторе;
- в случае дифференциальной диагностики заболеваний, угрозе жизни и здоровью ОАУ ООиОД ЦРДО вправе обратиться за консультационной и лечебной помощью в учреждения здравоохранения;
- госпитализацию детей по медицинским показаниям в лечебные учреждения, находящиеся за пределами загородного лагеря ОАУ ООиОД ЦРДО;
- при несчастных случаях оказание неотложной медицинской помощи, транспортировка в ближайший стационар.

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, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Родитель / законный представитель:

_____ _____
(подпись) (ФИО)

Дата «_____» _____ 2023 г.