

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____,

(фамилия, имя, отчество родителя, законного представителя)

дата рождения _____, проживающий (ая) по адресу: _____

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

(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего ребенка)

дата рождения _____, адрес места жительства: _____

В соответствии с требованиями статьи № 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федерального закона от 21.11.2013 г. № 317-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу отдельных положений законодательных актов Российской Федерации по вопросам охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю информированное добровольное согласие медицинским работникам медицинского пункта Детского тренировочного центра «ГЕРОИ» (далее – центр «ГЕРОИ»), расположенного на территории Лечебно-оздоровительного комплекса «Изумруд» (филиал ФГБУ «ЛРЦ «Изумруд») по адресу: Московская область, Наро-Фоминский городской округ, деревня Деденево, на медицинское вмешательство в отношении несовершеннолетнего ребенка, представителем которого я являюсь.

Я доверяю медицинским работникам выполнение исследований, вмешательств и лучевых исследований, если такое 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. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Информирование сотрудников центра «ГЕРОИ» о состоянии здоровья несовершеннолетнего ребенка.
3. Систематический контроль за состоянием здоровья несовершеннолетнего ребенка.
4. Систематический контроль за соблюдением правил личной гигиены несовершеннолетнего ребенком.
5. Своевременную изоляцию и/или госпитализацию, организацию лечения и ухода за несовершеннолетним ребенком согласно стандартам оказания медицинской помощи и клиническим протоколам лечения, действующим на территории РФ.
6. Осмотр несовершеннолетнего ребенка на педикулез, чесотку, микроспорию.
7. Осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию, риноскопию, фарингоскопию, непрямую ларингоскопию.
8. Антропометрические исследования.
9. Термометрию.
10. Тонометрию.
11. Неинвазивные исследования органов зрения и зрительных функций.
12. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
13. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
14. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
15. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование кардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография.
16. Рентгенологические методы исследования, в том числе флюорография (для лиц, старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования, магнитно-резонансная томография, компьютерная томография.
17. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно.
18. Анестезиологическое пособие.
19. Пункцию суставов и внутрисуставное введение лекарственных средств.
20. Закрытую репозицию при переломах.
21. Промывание желудка.

22. Очистительная и лечебная клизма.
23. Обработка ран и наложения повязок, швов.
24. Хирургическое лечение гнойно-некротических процессов.
25. Оказание гинекологической и урологической помощи.
26. Оказание психиатрической помощи, включая стационарную, в учреждениях здравоохранения, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по данным видам деятельности.
27. Госпитализацию несовершеннолетнего ребенка, представителем которого я являюсь, по медицинским показаниям в лечебные учреждения, находящиеся за пределами центра «ГЕРОИ».
28. Доставку несовершеннолетнего ребенка, представителем которого я являюсь, в медицинские организации, находящиеся за пределами центра «ГЕРОИ», для уточнения состояния здоровья и (или) оказания специализированной медицинской помощи.

При заболевании и госпитализации моего несовершеннолетнего ребенка в лечебные учреждения за пределы центра «ГЕРОИ» прошу вас проинформировать меня по следующим контактными данным:

(номер(а) телефона)

В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании медицинской помощи несовершеннолетнему ребенку, представителем которого я являюсь, медицинского работника медицинского пункта центра «ГЕРОИ» и (или) сотрудника ООО «Время Героев».

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 несовершеннолетнего 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 дано мной «_____» _____ 2023 г. и действует на время пребывания моего ребенка в центре «ГЕРОИ».

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

Законный представитель:

(подпись)

(ФИО)