

**Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства для получения
первичной медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи ребенком в
период пребывания в оздоровительной организации**

Я, _____

ФИО одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя

« ____ » _____ года рождения, проживающий (я) по адресу:

контактный телефон

законный представитель (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель-подчеркнуть)

(Ф.И.О. несовершеннолетнего, дата рождения)

в соответствии с требованиями ст.20 ФЗ от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан», даю добровольное информированное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определённых видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие для получения первичной медико-санитарной помощи, утверждённой приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23.04.2014 года № 390н, для получения первичной медико-санитарной помощи ребенком, законным представителем которого я являюсь, в санатории «Вита» (ООО).

Я ознакомлен с Перечнем видов медицинских вмешательств (приложение), на которые граждане дают информированное добровольное согласие для получения первичной медико-санитарной помощи в доступной для меня форме, а также уведомлен в том, что при оказании неотложной и скорой медицинской помощи в другой медицинской организации, имеющей для этого соответствующую медицинскую лицензию, я буду информирован по указанному выше телефону. В случае невозможности связаться со мной и при возникновении угрозы жизни моему ребенку решение об объеме и виде медицинского вмешательства определяют врачи медицинской организации.

Мне, родителю (законному представителю) ребёнка, разъяснено право ознакомиться с целями, методами оказания медицинской помощи, связанными с ними рисками, возможными вариантами медицинских вмешательств, их последствий, в том числе вероятностью развития осложнений, возможностью направления ребёнка на лечение в лечебно-профилактические учреждения, а также предполагаемыми результатами медицинской помощи, находящимися на электронных ресурсах:

-Банк документов Министерства здравоохранения РФ <http://www.rosminzdrav.ru/dokuments>.

Медицинским работником_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника. Заполняется в случае личного присутствия родителя /законного представителя при заезде ребёнка в санаторий «Вита» (ООО)

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-профилактические учреждения, а также предполагаемые результаты 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 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной по почте заказным письмом, либо вручен лично под расписку представителю санатория «Вита» (ООО).

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с п.5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии здоровья ребёнка, законным представителем которого я являюсь

(Ф.И.О. Выбранного лица, контактный телефон).

Прочим лицам информацию о состоянии здоровья ребёнка не предоставлять.

Информированное добровольное согласие действительно на срок пребывания ребенка в санатории «Вита» (ООО) с «_____» _____ 20__ г. до «_____» _____ 20__ г.

(подпись)

(Ф.И.О. родителя или законного представителя)

«_____» _____ 20__ г.

Перечень

видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при получении первичной медико-санитарной помощи

- Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
- Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия.
- Антропометрические исследования, спирометрия, динамометрия.
- Термометрия.
- Тонометрия
- Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
- Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных 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 электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография.
- Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
- Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.

- Медицинский массаж.
- Лечебная физкультура.
- Оказание наркологической и психиатрической помощи, включая амбулаторную и стационарную, в учреждениях здравоохранения, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по данным видам деятельности.
- Госпитализацию по медицинским показаниям в лечебные учреждения, находящиеся за пределами санатория «Вита».
- Консультацию по медицинским показаниям и оказание медицинской помощи в лечебных учреждениях за пределами санатория «Вита» (ООО).

Подпись, ФИО одного из родителей, опекуна, попечителя, усыновителя (подчеркнуть)

«_____» _____ 20__ г.

Дата оформления добровольного информированного согласия

Внимание! При госпитализации ребенка в лечебные учреждения за пределы санатория, родители (законные представители) ребенка информируются медицинским работником санатория по телефону, указанному родителями (законными представителями) в информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство. Прочим лицам информация о состоянии здоровья ребенка не предоставляется.