

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя)

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

являясь законным представителем несовершеннолетнего:

(Ф.И.О. лица, которому будет оказана медицинская помощь)

« ____ » _____ года рождения, адрес места жительства: _____

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 медицинским работникам медицинского пункта Спортивно-оздоровительного центра санаторного типа «Вымпел», расположенного по адресу: 141642, Московская область, Клинский район, дер. Ширяево, д. 52 на медицинское вмешательство в отношении несовершеннолетнего, представителем которого я являюсь.

Я доверяю медицинским работникам выполнение исследований, вмешательств и лучевых исследований, если таковое будет продиктовано медицинской необходимостью и целесообразностью и выполнено в соответствии с действующими порядками и стандартами оказания медицинской помощи.

Я даю согласие на проведение при необходимости следующих вмешательств:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Не инвазивные исследования органов зрения и зрительных функций.
7. Не инвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование кардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография.
11. Рентгенологические методы исследования, в том числе флюорография (для лиц, старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно.
13. Анестезиологическое пособие.
14. Пункция суставов и внутрисуставное введение лекарственных средств.
15. Закрытая репозиция при переломах.
16. Промывание желудка.
17. Очистительная и лечебная клизма.
18. Обработка ран и наложения повязок, швов.
19. Хирургическое лечение гнойно – некротических процессов.
20. Оказание гинекологической и урологической помощи.
21. Оказание психиатрической помощи, включая стационарную.

Настоящим я даю свое согласие:

- на госпитализацию несовершеннолетнего ребенка, представителем которого я являюсь, при наличии медицинских показаний в медицинские организации, находящиеся за пределами Спортивно-оздоровительного центра санаторного типа «Вымпел»;

- на доставку несовершеннолетнего ребенка, представителем которого я являюсь, в медицинские организации, находящиеся за пределами Спортивно-оздоровительного центра санаторного типа «Вымпел», для уточнения состояния здоровья и (или) оказания специализированной медицинской помощи.

В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании медицинской помощи несовершеннолетнему ребенку, представителем которого я являюсь, медицинского работника медицинского пункта Спортивно-оздоровительного центра санаторного типа «Вымпел», и/или либо представителя ООО «Разведбат».

Дата оформления информированного добровольного согласия « ____ » _____ 20 ____ г.

(подпись, Ф.И.О. гражданина/одного из родителей/иной законный представитель)