

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я _____
(фамилия, имя, отчество - полностью) год рождения) _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)
ребенка _____

_____ (Ф.И.О. ребенка полностью, год рождения)
воспитанника МАУДО ЦСШ №1,
поставлен(а) в известность, что ребенку в соответствии со ст.20 Федерального
Закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны
здоровья граждан в Российской Федерации», для получения первичной медико-
санитарной помощи и проведения медицинских осмотров в учреждении необходимо
информированное добровольное согласие его законного представителя на медицинское
вмешательство.

В связи чем, даю информированное согласие на проведение в отношении моего
ребёнка следующих видов медицинских вмешательств:

- опрос, в том числе выявление жалоб;
- осмотр с проведением термометрии;
- антропометрическое исследование (рост, вес, АД, выявление плоскостопия);
- исследование остроты зрения, слуха;
- проведение медицинских осмотров, диспансеризации (доврачебный этап, консультация
врачей-специалистов, необходимые исследования и др.), согласно Приказу МЗ РФ от
10.08.2017 г. № 514н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров
несовершеннолетних», при занятиях физической культурой и спортом;
- оказание медицинской помощи, в том числе в период обучения в организациях, в
порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной
власти, и на условиях, установленных органами государственной власти субъектов
Российской Федерации; (в ред. Федерального закона от 02.07.2013 N 185-ФЗ);
- введение лекарственных препаратов при оказании неотложной помощи, в том числе
внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно;
- санитарно-гигиеническое просвещение, обучение и труд в условиях, соответствующих
их физиологическим особенностям и состоянию здоровья и исключающих воздействие
на них неблагоприятных факторов.

Мне даны полные и всесторонние разъяснения о проводимых мероприятиях и
объеме обследования ребенка;

Добровольно даю свое согласие на проведение ребенку, в соответствии с
назначениями врача всего объема диагностических исследований.

Я информирован(а), что в случае возникновения заболевания у моего ребёнка,
мне необходимо обратиться на приём к врачу - педиатру участковому.

Я информирован(а), что при отсутствии ребёнка в учреждении более 2-х дней, я
должен(а) предоставить медицинскую справку от врача.

Я информирован(а) о необходимости прохождения моим ребёнком
профилактических осмотров согласно возраста и графика.

Я информирован(а), что приём ребёнка в спортивное учреждение
осуществляется при наличии справки из медицинского учреждения об отсутствии
противопоказаний для занятий спортом.

Я поставил(а) в известность медицинского работника учреждения обо всех
проблемах, связанных со здоровьем ребенка, в том числе:

об аллергических проявлениях _____
индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов _____,
обо всех перенесенных ребенком и известных мне травмах, операциях,
заболеваниях _____

Я согласен(а) на осмотр ребенка в рамках диспансеризации другими
медицинскими работниками с учетом сохранения врачебной тайны;

Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о диагнозе
ребенка, степени тяжести и характере моего заболевания медицинским работникам для
проведения дальнейших лечебно-оздоровительных мероприятий по итогам
диспансеризации и для обработки данных результатов диспансеризации при условии
сохранения врачебной тайны;

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от определенного вида
медицинского вмешательства или потребовать его 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».

« ____» _____ 20 ____ года. _____ Подпись законного
представителя

- ❖ Информированное добровольное согласие заполняется однократно на весь
период нахождения ребёнка в учреждении (до 17 лет 11 месяцев 29 дней)