

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____

(Фамилия, имя, отчество родителя/иного законного представителя несовершеннолетнего)

зарегистрированный/я по адресу: _____

_____ ,
являясь родителем/иным законным представителем (родитель, усыновитель, опекун, попечитель, приемный
родитель, патронатный воспитатель – *нужное подчеркнуть*) _____

(Фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего, не достигшего возраста пятнадцати лет, дата его рождения)

в соответствии с требованиями статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. № 1177н "Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства

даю согласие на проведение медицинского осмотра в отношении моего ребенка в целях отправки в организацию отдыха и оздоровления

Государственное автономное учреждение социального обслуживания Московской области "Комплексный центр социального обслуживания и реабилитации" (далее – Организация)

и проведение следующих видов медицинских вмешательств медицинским работником лечебно-профилактического учреждения (медицинской организации), а также медицинскими работниками Организации:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр на педикулез, чесотку, микроспорию.
3. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация.
4. Термометрия.
5. Тонометрия (измерение артериального давления).
6. Проверка медицинских документов.

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

Даю согласие на получение медико-санитарной помощи в течение всего периода пребывания в Организации,

в том числе на проведение при возникновении необходимости следующих видов медицинских вмешательств:

1. Медицинский осмотр при заезде ребенка в Организацию и каждые семь дней в течение смены.
2. Проведение взвешивания ребенка, спирометрия и измерение мышечной силы кистевым динамометром в начале и в конце смены, измерение роста ребенка.
3. Ежедневный амбулаторный прием, анамнез.
4. Информирование руководителя Организации, руководителя смены, руководителя программы, водителя, инструкторов по физической культуре о состоянии здоровья ребенка.
5. Коррекция режима и нагрузок для ребенка с отклонениями в состоянии здоровья.
6. Систематический контроль за состоянием здоровья ребенка.
7. Систематический контроль за соблюдением ребенком правил личной гигиены, сроками проведения банных дней.
8. Своевременная изоляция и/или госпитализация, организация лечения и ухода за ребенком согласно стандартам оказания медицинской помощи и клиническим протоколам лечения, действующим на территории Российской Федерации.
9. Осмотр ребенка на педикулез, чесотку, микроспорию.
10. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия.
11. Антропометрические исследования (измерение веса, роста, окружностей частей тела).
12. Термометрия.
13. Тонометрия (измерение артериального давления).
14. Неинвазивные исследования (осмотр) органов зрения и зрительных функций.
15. Неинвазивные исследования (осмотр) органов слуха и слуховых функций.
16. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
17. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические, иммунно-ферментный анализ.
18. Другие методы обследования, необходимые для диагностики заболевания в случае госпитализации в лечебное учреждение, в том числе функциональные (электрокардиография, спирография, и т.п.), рентгенологические, ультразвуковые и т.п.
19. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривенно.
20. Промывание желудка.
21. Очистительная и лечебная клизма.
22. Обработка ран и наложения повязок, швов.
23. Хирургическое лечение гнойно-некротических процессов.

24. Оказание наркологической и психиатрической помощи, включая стационарную, в учреждениях здравоохранения, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по данным видам деятельности.

25. Госпитализация по медицинским показаниям в лечебные учреждения, находящиеся за пределами Организации.

Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных в объеме и способами, указанными в п. 1, п. 3 ст.10 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ "О персональных данных". Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие: фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, адрес, контактный телефон, сведения документа, удостоверяющего личность ребенка (для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельства о рождении ребенка или документа, подтверждающего факт рождения ребенка, выданного в установленном порядке (в случае рождения ребенка на территории иностранного государства), для ребенка, достигшего возраста 14 лет, и родителя/законного представителя (при совместном выездном отдыхе) – паспорта гражданина Российской Федерации, паспорта гражданина иностранного государства (в случае наличия гражданства иностранного государства)); страховой номер свидетельства обязательного пенсионного страхования (СНИЛС), полис ОМС (ДМС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, другая информация.

Перечень видов действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача) в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, иные действия.

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 возможность направления на лечение в лечебно-профилактическое учреждение и предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я не вправе отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств в случаях, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) в полном объеме без каких-либо исключений и изъятий со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены и понятны.

Настоящее информированное добровольное согласие действует на период с даты отправки моего ребенка в Организацию до даты возвращения из Организации к месту постоянного проживания.

Я оставляю за собой право отозвать настоящее информированное добровольное согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Организации по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Организации.

При заболевании и госпитализации в лечебные учреждения за пределы Организации прошу сообщить необходимую информацию по следующим контактным данным:

Фамилия, имя, отчество лица, которое необходимо уведомить

Контактный телефон

Адрес электронной почты

Подпись

Фамилия, имя, отчество родителя/иного законного представителя

Согласие дано мной: " ____ " _____ 2023 г.

Подпись

Должность, фамилия, имя, отчество медицинского работника