

Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства в период пребывания в Детском учреждении оздоровления и отдыха «АРТ-КВЕСТ»

Я, _____

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

« _____ » _____ г.

дата рождения

проживающий (-ая) по адресу: _____

контактный телефон

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

(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего)

в соответствии с требованиями статьи № 20 Федерального закона от 21. 11. 2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Федерального закона от 25. 11. 2013 № 317 даю **информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.**

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.

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. Неинвазивные исследования органов зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные 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, внутрикожно.
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 наложение повязок, швов.
19. Хирургическое лечение гнойно – некротических процессов.
20. Оказание гинекологической и урологической помощи.
21. Оказание психиатрической помощи.
22. Госпитализация детей по медицинским показаниям в больницы, находящиеся за пределами Детского учреждения оздоровления и отдыха «АРТ-КВЕСТ».

Я уведомлен (-а) в том, что при оказании неотложной и скорой медицинской помощи в другой медицинской организации, имеющей для этого соответствующую медицинскую лицензию, я буду информирован (-а) 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.

В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании медицинской помощи моему ребенку, чьим законным представителем я являюсь, медицинскому работнику Детского учреждения оздоровления и отдыха «АРТ-КВЕСТ».

Подпись одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя несовершеннолетнего

Дата « _____ » _____ 20__ г.