

Генеральному директору
МАУ «ДОЛ СТКД «Ока»
От родителя (законного представителя)

Паспорт: _____

Адрес регистрации: _____

Тел. _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, _____,
Ф.И.О. родителя (законного представителя)

родитель (законный представитель) несовершеннолетнего ребенка
_____, _____.____.____ г.р.,
Ф.И.О. ребенка

в соответствии с требованиями ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» даю добровольное информированное согласие на проведение медицинского вмешательства моему ребенку

Ф.И.О. ребенка

«__» _____ года рождения, в период нахождения в МАУ «ДОЛ СТКД «Ока» с «__» _____ 2019 г. по «__» _____ 2019 г. при оказании **первичной медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи** в случае наличия угрозы жизни и здоровью моему ребенку, если таковое будет продиктовано медицинской необходимостью и целесообразностью и выполнено в соответствии с действующими стандартами и правилами.

Я даю свое согласие на проведение, при необходимости, следующих медицинских вмешательств:

- медицинский осмотр при заезде ребенка в МАУ «ДОЛ СТКД «Ока», в течение смены через каждые семь дней;
- опрос, в т.ч. выявление жалоб, сбор анамнеза;
- систематический контроль за состоянием здоровья ребенка;
- систематический контроль за соблюдением правил личной гигиены ребенком, сроками проведения банных дней;
- осмотр ребенка на педикулез, чесотку, микроспорию;
- осмотр, в т.ч. пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, отоскопия;
- антропометрические исследования;
- термометрия;
- тонометрия;
- не инвазивные исследования органов зрения и зрительных функций;
- не инвазивные исследования органа слуха и слуховых функций;
- исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы);
- своевременная изоляция больных, организация лечения и ухода за детьми, находящимися в изоляторе;
- лабораторные методы обследования, в т.ч. клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические;

- введение лекарственных препаратов по назначению врача, в т.ч. внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно;
- анестезиологическое пособие;
- закрытая репозиция при переломах;
- промывание желудка;
- очистительная и лечебная клизма;
- обработка ран и наложение повязок, швов;
- амбулаторно-поликлиническая помощь, в т.ч. по педиатрии, стоматологии, бальнеологии;

В доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риском, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

О необходимости других методов обследования и лечения мне будет разъяснено дополнительно.

Я поставлен(а) в известность о том, что мой ребенок при наличии медицинских показаний будет доставлен в ближайшую к МАУ «ДОЛ СТКД «Ока» медицинскую организацию для уточнения состояния здоровья и (или) оказания специализированной медицинской помощи.

Мне разъяснено, что в случае направления ребенка на стационарное лечение я буду проинформирован(а) об этом медицинским работником либо руководителем/ответственным сотрудником МАУ «ДОЛ СТКД «Ока».

Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем моего ребенка, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных моим ребенком, чьи интересы я представляю, и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах.

Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, включенного в перечень видов медицинских вмешательств, я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных видов медицинского вмешательства.

В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании медицинской помощи моему ребенку медицинского работника МАУ «ДОЛ СТКД «Ока».

личная подпись

ФИО родителя (законного представителя)

дата