

**Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства для получения
первичной медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи в период
пребывания в оздоровительной организации**

Я, _____
Ф.И.О одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя
« _____ » _____ г. рождения, проживающий(-ая) по
адресу:

адрес одного из родителей , опекуна, попечителя, иного законного представителя

Контактный телефон

Даю добровольное согласие на медицинские вмешательства моему ребенку

Ф.И.О. ребенка, от имени которого, выступает законный представитель
« ____ » _____ г. рождения, чьим законным представителем я являюсь,
проживающего по адресу: _____

Фактический адрес проживания ребенка

При оказании **первичной медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи** в
оздоровительной и медицинской организации, в том числе при подозрении на новую
коронавирусную инфекцию (COVID 19).

Я ознакомлен(а) с перечнем видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают
информированное добровольное согласие для получения первичной медико-санитарной помощи
в доступной для меня форме, а так же уведомлен в том, что при оказании **неотложной и скорой**
медицинской помощи я буду информирован по указанному выше телефону. В случае
невозможности связаться со мной и при возможности угрозы жизни моему ребенку решение об
объеме и виде медицинского вмешательства определяют врачи медицинской организации.

В доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, порядке оказания медицинской
помощи с учетом предупреждения распространения новой коронавирусной инфекции (COVID
19).

В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании медицинской помощи
моему ребенку, чьим законным представителем я являюсь, медицинскому работнику
оздоровительной организации.

Информированное добровольное согласие действительно на срок пребывания ребенка в
оздоровительной организации с « ____ » _____ 20__ г. до « ____ » _____ 20__ г.

Подпись, Ф.И.О. одного из родителей , опекуна, попечителя, иного законного
представителя

Подпись, Ф.И.О. уполномоченного лица оздоровительной организации

« ____ » _____ 20__ г.

Дата оформления добровольного информированного согласия

**Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства для получения
первичной медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи в период
пребывания в оздоровительной организации**

Я, _____
Ф.И.О одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя
« _____ » _____ г. рождения, проживающий(-ая) по
адресу:

адрес одного из родителей , опекуна, попечителя, иного законного представителя

Контактный телефон

Даю добровольное согласие на медицинские вмешательства моему ребенку

Ф.И.О. ребенка, от имени которого, выступает законный представитель
« ____ » _____ г. рождения, чьим законным представителем я являюсь,
проживающего по адресу: _____

Фактический адрес проживания ребенка

При оказании **первичной медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи** в
оздоровительной и медицинской организации, в том числе при подозрении на новую
коронавирусную инфекцию (COVID 19).

Я ознакомлен(а) с перечнем видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают
информированное добровольное согласие для получения первичной медико-санитарной помощи
в доступной для меня форме, а так же уведомлен в том, что при оказании **неотложной и скорой**
медицинской помощи я буду информирован по указанному выше телефону. В случае
невозможности связаться со мной и при возможности угрозы жизни моему ребенку решение об
объеме и виде медицинского вмешательства определяют врачи медицинской организации.

В доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, порядке оказания медицинской
помощи с учетом предупреждения распространения новой коронавирусной инфекции (COVID
19).

В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании медицинской помощи
моему ребенку, чьим законным представителем я являюсь, медицинскому работнику
оздоровительной организации.

Информированное добровольное согласие действительно на срок пребывания ребенка в
оздоровительной организации с « ____ » _____ 20__ г. до « ____ » _____ 20__ г.

Подпись, Ф.И.О. одного из родителей , опекуна, попечителя, иного законного
представителя

Подпись, Ф.И.О. уполномоченного лица оздоровительной организации

« ____ » _____ 20__ г.

Дата оформления добровольного информированного согласия

Перечень

видов медицинских вмешательств, на которые дают информированное добровольное согласие при получении первичной медико-санитарной помощи

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия.
3. Антропометрические исследования, спирометрия, динамометрия.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивное исследование органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивное исследование 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 электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковое исследование, доплерографическое исследование.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

Перечень

видов медицинских вмешательств, на которые дают информированное добровольное согласие при получении первичной медико-санитарной помощи

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия.
3. Антропометрические исследования, спирометрия, динамометрия.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивное исследование органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивное исследование 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 электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковое исследование, доплерографическое исследование.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.