

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)

В соответствии с требованиями статьи №20 Федерального закона от 21.11.2011 г. №323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Федерального закона от 21.11.2013 г. №317-ФЗ даю добровольное информированное согласие на проведение медицинских вмешательств 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 ДОЛ «Журавли». 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. Медицинский осмотр при заезде ребенка в ДОЛ «Журавли», в течение смены через каждые семь дней. 2. Антропометрические исследования. 3. Ежедневный амбулаторный прием, анамнез. 4. Информирование сотрудников (директора лагеря, вожатых, инструкторов по физической культуре) о состоянии здоровья ребенка. 5. Коррекцию режима и нагрузок для ребенка с отклонениями в состоянии здоровья. 6. Систематический контроль за состоянием здоровья ребенка. 7. Систематический контроль за соблюдением правил личной гигиены ребенком, санитарным состоянием, внешним видом. 8. Своевременную изоляцию и/или госпитализацию, организацию лечения и ухода за ребенком согласно стандартам оказания медицинской помощи и клиническим протоколам лечения, действующим на территории РФ. 9. Осмотр ребенка на педикулез, чесотку, микроспорию. 10. Осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию, риноскопию, фарингоскопию, непрямую ларингоскопию. 11. Термометрию. 12. Тонometriю. 13. Не инвазивные исследования органов зрения и зрительных функций. 14. Не инвазивные исследования органа слуха и слуховых функций. 15. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы). 16. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические. 17. Рентгенологические методы исследования, в том числе флюорография (для лиц, старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования. 18. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно. 19. Анестезиологическое пособие. 20. Закрытую репозицию при переломах. 21. Промывание желудка. 22. Очистительная и лечебная клизма. 23. Обработка ран и наложения повязок, швов. 24. Хирургическое лечение гнойно-некротических процессов. 25. Госпитализацию детей по медицинским показаниям в ГБУЗ НО «Шатковская центральная районная больница».

Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных в объеме и способами, указанными в п. 1.3 ст.11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных». Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных: фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, адрес, контактный телефон, реквизиты, полис ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, другая информация. Перечень 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 РФ, 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, возможность направления ребенка на лечение в лечебно - профилактическое учреждение, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною понятны. Настоящее согласие дано мной «___» _____ 20__ г. и действует на время пребывания моего ребенка в ДОЛ «Журавли». Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ООО «Кипячий ключ» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю ООО «Кипячий ключ». Я уведомлен о том, что при оказании неотложной и скорой медицинской помощи я буду информирован 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 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)

«___» _____ 20__ г.

(дата оформления добровольного информированного согласия)

