|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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, иного законного представителя | | | |
| 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 оздоровительной и медицинской организации, на предложенное мне медицинское вмешательство:  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.Введение лекарственных препаратов по назначению врача при неотложных и экстренных состояниях.  7.Прием таблетированных лекарственных препаратов по показаниям при обращаемости ребёнка в медицинский кабинет.  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(а) в том, что при оказании неотложной и скорой медицинской помощи я буду информирован по указанному мною 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.  Я поставил(а) в известность обо всех проблемах с моим (моего ребёнка) здоровьем:   * Аллергические проявления\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * Индивидуальная непереносимость лекарственных средств \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Я ознакомился (ась) со всеми пунктами настоящего документа, получил (а) необходимые пояснения понял (а) суть подписанного документа и согласен (а) с ним.  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. | | | | |
| **V**  **№ тел.** | | | | |
| подпись | | Ф.И.О. одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя | | |
|  | | | | |
| подпись | | Ф.И.О. уполномоченного лица оздоровительной организации | | |
| **V** «\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_\_\_г. | | | |
| Дата оформления добровольного информированного согласия | | | |