**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

«\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

Я, нижеподписавшийся(ая),\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. родителя, законного представителя ребенка)

Проживающий(ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Являясь законным представителем (мать, отец, опекун, попечитель) несовершеннолетнего ребенка:

(нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. несовершеннолетнего до 18 лет)

(далее «Ребенка»), **в соответствии с требованиями статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Федерального закона от 21.11.2013 № 317-ФЗ, даю информированное добровольное согласие на оздоровительные мероприятия и медицинское вмешательство в отношении моего ребенка.**

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 ООО «Полития», ДОЛ «Созвездие» и в течение смены.

2. Проведение взвешивания ребенка, измерение роста ребенка.

3. Ежедневный амбулаторный прием, анамнез.

4. Информирование сотрудников (директора санатория, работников педагогической и медицинской службы) 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. Антропометрические исследования.

12. Термометрию, тонометрию.

14. Неинвазивные исследования органов зрения и зрительных функций, слуха и слуховых функций

16. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).

17. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.

18. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование кардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография.

19. Рентгенологические методы исследования, в том числе флюорография (для лиц, старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования, магнитно-резонансная томография, компьютерная томография.

20. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.

21. Анестезиологическое пособие.

23. Закрытую репозиция при переломах.

24. Промывание желудка.

25. Очистительная и лечебная клизма.

26. Обработка ран и наложения повязок, швов.

27. Хирургическое лечение гнойно-некротических процессов.

28. Оказание гинекологической и урологической помощи.

29. Госпитализацию детей по медицинским показаниям в лечебные учреждения, находящиеся за пределами ООО «Полития», ДОЛ «Созвездие».

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 поняты.

Настоящее согласие действует на время пребывания моего ребенка в ООО «Полития», ДОЛ «Созвездие».

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ООО «Полития», ДОЛ «Созвездие» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю ООО «Полития», ДОЛ «Созвездие».

При заболевании и госпитализации моего ребенка в лечебные учреждения на территории ООО «Полития», ДОЛ «Созвездие» либо за его пределы прошу Вас проинформировать меня по следующим контактным данным:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(номер телефона)

Прочим лицам информацию о состоянии здоровья ребенка не предоставлять.

Законный представитель:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (ФИО)