



**лидер
детского
отдыха**
MOSGORTUR.RU

Департамент культуры города Москвы
Государственное автономное
учреждение культуры города Москвы
"Московское агентство организации
отдыха и туризма"
(ГАУК "МОСГОРТУР")

пер. Малый Харитоньевский, д. 6, стр. 1, 3,
г. Москва, 101000
2-й Смоленский пер., д. 1/4,
Г. Москва, 121099
Телефон: +7(495) 241-33-76,
факс: +7 (499) 241-51-10
E-mail: mosgortur@culture.mos.ru, www.mosgortur.ru
ОКПО 65247993, ОГРН 1107746117940
ИНН 7704747169, КПП 770401001

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) родителя/иного законного представителя несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет или фамилия,
имя отчество несовершеннолетнего старше 15 лет), дата рождения _____

зарегистрированный/ая по адресу: _____
являясь являясь родителем/иным законным представителем (родитель, усыновитель, опекун,
попечитель, приемный родитель, патронатный воспитатель – нужное подчеркнуть)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) несовершеннолетнего, не достигшего возраста пятнадцати лет, дата его рождения)

в соответствии с требованиями статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2021 г. № 1051н "Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства"

ДАЮ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА В ОТНОШЕНИИ МОЕГО РЕБЕНКА/МЕНЯ
(нужное подчеркнуть) **ПЕРЕД ПОСАДКОЙ В ТРАНСПОРТ В ЦЕЛЯХ ОТПРАВКИ В ОРГАНИЗАЦИЮ ОТДЫХА**
И ОЗДОРОВЛЕНИЯ _____

(наименование и адрес места нахождения организации отдыха и оздоровления)

(далее – Организация) и проведение следующих видов медицинских вмешательств медицинским работником медицинской организации, а также медицинскими работниками Организации:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр на педикулез, чесотку, микроспорию.
3. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация.
4. Термометрия.
5. Тонометрия (измерение артериального давления).

Я доверяю медицинским работникам выполнение медицинских вмешательств, если таковое будет продиктовано медицинской необходимостью и целесообразностью, и выполнено в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, стандартами и правилами.

Медицинским работником, проводившим медицинский осмотр перед посадкой в транспорт, в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, о также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что на этапах оказания медицинской помощи я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

ДАЮ СОГЛАСИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ, В ТОМ ЧИСЛЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ, В ТЕЧЕНИЕ ВСЕГО ПЕРИОДА ПРЕБЫВАНИЯ В ОРГАНИЗАЦИИ, А ТАКЖЕ В ПУТИ СЛЕДОВАНИЯ В ОРГАНИЗАЦИЮ И ОБРАТНО К МЕСТУ ПОСТОЯННОГО ПРОЖИВАНИЯ, в том числе на проведение при возникновении необходимости следующих видов медицинских вмешательств:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр при заезде ребенка/меня в Организацию, далее по медицинским или эпидемиологическим показаниям.

¹ – Несовершеннолетний в возрасте старше 15 лет дает информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство самостоятельно.

3. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия.
4. Антропометрические исследования (измерение веса, роста, окружностей частей тела).
5. Термометрия.
6. Тонометрия (измерение артериального давления).
7. Неинвазивные исследования (осмотр) органов зрения и зрительных функций.
8. Неинвазивные исследования (осмотр) органов слуха и слуховых функций.
9. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
10. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
11. Другие методы обследования, необходимые для диагностики заболевания в случае госпитализации в медицинскую организацию, в том числе функциональные (электрокардиография, спирография, и т.п.), рентгенологические, ультразвуковые и т.п.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
13. Промывание желудка.
14. Очистительная и лечебная клизма.
15. Обработка ран и наложение повязок, швов.
16. Хирургическое лечение гнойно-некротических процессов.
17. Оказание наркологической и психиатрической помощи, включая стационарную, в медицинских организациях, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по данным видам деятельности. В том числе, проведение медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического).

Я также даю согласие предоставлять по запросу представителей ГАУК "МОСГОРТУР" полную информацию о состоянии здоровья ребенка/меня, включая копии записей и подлинные медицинские документы.

При заболевании и госпитализации в медицинские организации за пределы Организации прошу сообщить необходимую информацию по следующим контактным данным:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) лица, которое необходимо уведомить)

(контактный телефон)

(адрес электронной почты)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) родителя/иного законного представителя)

Согласие дано мной: " ____ " _____ 20 ____ г.

(подпись)

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника, проводящего медицинский осмотр перед посадкой в транспорт)

(подпись)

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника Организации)