

## Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя несовершеннолетнего))

являясь законным представителем несовершеннолетнего \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего)

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес места жительства несовершеннолетнего)

на основании ст.20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан» даю согласие медицинским работникам ГОБОУДО МОЗСООПЦ «Гандвиг» (далее – Лагерь) на проведение следующих медицинских вмешательств для получения первичной медико-санитарной помощи:

- медицинский осмотр при заезде ребенка в Лагерь (доврачебные манипуляции: измерение роста и массы, мышечной силы, жизненной емкости легких, термометрия, проверка наличия признаков инфекционных заболеваний);
- ежедневный медицинский осмотр ребенка (доврачебные манипуляции: термометрия, проверка наличия признаков инфекционных заболеваний);
- распределение детей на физкультурные группы;
- информирование директора Лагеря, педагогических работников о состоянии здоровья ребенка;
- коррекция режима и нагрузок для детей с отклонениями в состоянии здоровья;
- систематический контроль за состоянием здоровья детей, активное выявление заболевших;
- контроль за соблюдением правил личной гигиены детьми, сроками проведения банных дней;
- ежедневный амбулаторный прием детей;
- доврачебная медицинская помощь: своевременная изоляция больных, организация лечения и ухода за детьми, находящимися в изоляторе;
- амбулаторно-поликлиническую помощь, в т.ч. по педиатрии и стоматологии;
- в случае дифференциальной диагностики заболеваний, угрозе жизни и здоровью Лагерь вправе обратиться за консультационной и лечебной помощью в районные и областные учреждения здравоохранения;
- госпитализация по медицинским показаниям ребенка в лечебно-профилактическое учреждение;
- при несчастных случаях – оказание неотложной медицинской помощи, транспортировка в ближайший стационар;
- в случае контакта моего ребенка с человеком, имеющим подозрение на заболевание новой коронавирусной инфекцией, мой ребенок будет находиться в карантине;
- осмотр детей на педикулез, чесотку.

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 дано мной « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г. и действует во время пребывания моего ребенка в Лагере.

Подпись: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(ФИО)

