ДЕТСКИЙ ОЗДОРОВИТЕЛЬНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КОМПЛЕКС

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА/ДЕЙСТВИЯ

**1**. **Я,**

(Ф.И.О. законного представителя ребенка или Ф.И.О. ребенка 15 лет и старше)

являюсь законным представителем ( мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка.

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

( Ф.И.О. ребенка – полностью, дата рождения)

**2**. **Настоящим я доверяю** коллективу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(название ДООЦ)

**3.В соответствии** с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23.04.2012 г. № 390н "Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи" в случае возникновения у моего ребенка травмы или заболевания:

* Добровольно соглашаюсь на проведение моему ребенку (мне)необходимых медицинских вмешательств:опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия; антропометрические исследование; термометрия; тонометрия; неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций;неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы);
* Добровольно соглашаюсь на оказание экстренной, неотложной медицинской помощи моему ребенку(мне) медицинским работником оздоровительного лагеря.
* Добровольно соглашаюсь на осуществление моему ребенку (мне) консультации специалистами в сопровождении работника оздоровительного центра.
* Добровольно соглашаюсь на экстренную госпитализацию моего ребенка по решению медицинских работников оздоровительного центра.
* Добровольно соглашаюсь на введение лекарственных препаратов по назначению медицинского работника, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
* Добровольно соглашаюсь на введение противоклещевого иммуноглобулина ( при укусе клеща), антирабической сыворотки( при укусе животными с подтвержденным или предполагаемым   бешенством), антизмеиную сыворотку( при укусе змей) по назначению врача.

 **4. Я информирован(а)** о неблагоприятных эффектах, возможных при оказании медицинской помощи, возможности непреднамеренного причинения моему ребенку (мне) вреда здоровью.

 **5. Я поставил(а)** работников оздоровительного центра в известность обо всех проблемах, связанных со здоровьем моего ребенка(моим здоровьем), в т.ч. об аллергических реакциях, индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, о перенесенных травмах, операциях, заболеваниях, принимаемых лекарственных препаратах.

|  |  |
| --- | --- |
| Наблюдается ли ребенок по поводу какого-либо заболевания? Какого? |  |
| Нуждается ли ребенок в постоянном приеме лекарственных препаратов? Каких? |  |
| Есть ли у ребенка лекарственная аллергия? На какие препараты? |  |
| Если у ребенка непереносимость продуктов питания? Каких? |  |
| Если у ребенка противопоказания для занятий спортом? |  |
| Другие сведения, заслуживающие внимания? |  |

Разрешаю в случае необходимости решения вопросов, связанных со здоровьем моего ребенка(моим), сообщать по телефонам:

|  |  |
| --- | --- |
| телефон | Ф.И.О. законного представителя ребенка, родственника |
|  |  |
|  |  |

Содержание настоящего документа мною прочитано, оно полностью мне понятно, что я и удостоверяю своею подписью.

**Ф.И.О. и подпись**

Дата «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_201 года.

**От проведения медицинских вмешательств, указанных в п.3, а именно(перечислить):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ОТКАЗЫВАЮСЬ**, что и удостоверяю своей подписью. Мне разъяснены последствия моего отказа, что может привести к осложнениям, поздней или неправильной диагностике заболевания, стойкой нетрудоспособности, инвалидности или смерти.

Ф.И.О. полностью и подпись ребенка (пациента) или его законного представителя (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_