|  |
| --- |
| **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 |
| «\_\_\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | \_\_\_\_\_\_\_ г. р. |  |
| проживающий(ая) по адресу: |  |
|  |  адрес одного из родителей. опекуна, попечителя, иного законного представителя |
|  |
| контактный телефон |
| даю добровольное информированное согласие на проведение медицинских вмешательств моему ребенку |
|  |
| Ф.И.О. ребенка, от имени которого, выступает законный представитель |
| «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. р., 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. 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 в том, что при оказании неотложной и скорой медицинской помощи я буду информирован по указанному выше 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. В доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, порядке оказания медицинской помощи.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 «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024 г. до «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024 г. |
|  |
| подпись | Ф.И.О. одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя |
|  |
| подпись | Ф.И.О. уполномоченного лица оздоровительной организации |
| «\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2024 г. |  |
|  Дата оформления добровольного информированного согласия |  |

**Перечень**

**видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при получении первичной медико-санитарной помощи:**

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. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.

7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.

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

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

10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).

11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования.

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