

Согласие на медицинские вмешательства для получения первичной медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи

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, попечителя, иного законного представителя
« _____ » _____ г. рождения,
проживающий (-ая) по адресу: _____

_____ адрес проживания одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя
_____ даю добровольное информированное согласие на проведение медицинских вмешательств моему ребенку
Контактный телефон _____

Ф.И.О. (полностью) ребенка, от имени которого выступает законный представитель
« _____ » _____ г. рождения, 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 с перечнем видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие для получения первичной медико-санитарной помощи в доступной для меня форме, а также уведомлен о 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 « _____ » _____ 20 _____ г. до « _____ » _____ 20 _____ г.

Подпись, _____ Ф.И.О. одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя

« _____ » _____ 20 _____ 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, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография.
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
13. Медицинский массаж.

Сведения об аллергических реакциях моего ребенка и противопоказаний к приему лекарственных средств (подтвержденные сопровождающими медицинскими документами)

(Подпись законного представителя, дата)

Сведения о перенесенных травмах, заболеваниях, операциях

(Подпись законного представителя, дата)

ВНИМАНИЕ! ИНФОРМАЦИЯ ДОЛЖНА БЫТЬ ПОДТВЕРЖДЕНА СОПРОВОЖДАЮЩИМИ МЕДИЦИНСКИМИ ДОКУМЕНТАМИ