

Согласие родителей (законных представителей) на медицинское вмешательство

г. Тверь

Я, _____ «___» _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____, проживающий по адресу: _____

(указывается в случае проживания не по месту регистрации), являясь родителем/законным представителем (нужное подчеркнуть) _____ «___» _____ г. рождения, проживающего по адресу: _____

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.11.2021 № 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 информированное добровольное согласие медицинским работникам МОУ ДО ДООЛ (далее - лагерь) на следующие мероприятия и виды медицинских вмешательств:

- медицинский осмотр при заезде ребенка в лагерь каждые семь дней смены в соответствии Санитарными правилами СП 2.4.3648-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей и молодежи», утвержденными постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 28.09.2020 № 28;
- проведение медицинского осмотра детей в первый день работы оздоровительного учреждения (или накануне открытия) с целью выявления больных;
- распределение детей на медицинские физкультурные группы;
- информирование сотрудников (директора лагеря, воспитателей, вожатых, инструкторов, тренеров по физической культуре) о состоянии здоровья детей;
- коррекция режима и нагрузок для детей с отклонениями в состоянии здоровья;
- проведение антропометрического исследования (измерение роста, веса детей);
- систематический контроль за состоянием здоровья детей, особенно имеющих отклонения;
- контроль за соблюдением правил личной гигиены детьми и персоналом; сроками проведения банных дней;
- ежедневный амбулаторный прием детей;
- доврачебную медицинскую помощь;
- своевременная изоляция больных, организация лечения и ухода за детьми, находящимися в изоляторе;
- введение лекарственных препаратов по назначению врача при неотложных и экстренных состояниях;
- прием таблетированных лекарственных препаратов по показаниям при обращении ребенка в медицинский кабинет;
- в случае дифференциальной диагностики заболеваний, угрозе жизни и здоровью ребенка, медицинский персонал лагеря, вправе обратиться за консультационной и лечебной помощью в соответствующее учреждение здравоохранения; – госпитализация по медицинским показаниям детей в лечебно-профилактическое учреждение;
- оказание неотложной медицинской помощи при несчастных случаях, транспортировка в ближайший стационар.

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 дается мной на период пребывания моего ребенка в лагере.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю лагеря.

Дата «___» _____ 20__г.

Подпись _____/_____