

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество родителя, законного представителя несовершеннолетнего)
« _____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения родителя, законного представителя)

(адрес регистрации родителя, законного представителя)

законный представитель (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)
(нужное подчеркнуть)

несовершеннолетнего _____

(фамилия, имя, отчество, дата рождения)

В соответствии с требованиями статьи № 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Федерального закона от 21.11.2013 г. № 317-ФЗ даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

Я, доверяю медицинскому работнику выполнение исследований, вмешательств и лучевых исследований, если таковое будет продиктовано медицинской необходимостью и целесообразностью и выполнено в соответствии с действующими стандартами и правилами.

Я даю согласие на проведение при необходимости следующих вмешательств:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Не инвазивные исследования органов зрения и зрительных функций.
7. Не инвазивные 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 кардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография.
11. Рентгенологические методы исследования, 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 перорально, внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривенно, внутривенно, подкожно, внутривенно.
13. Анестезиологическое пособие.
14. Пункция суставов и внутрисуставное введение лекарственных средств.
15. Закрытая репозиция при переломах.
16. Промывание желудка.
17. Очистительная и лечебная клизма.
18. Обработка ран и наложения повязок, швов.
19. Хирургическое лечение гнойно-некротических процессов.
20. Оказание гинекологической и урологической помощи.
21. Оказание психиатрической помощи, включая стационарную.
22. Госпитализация детей по медицинским показаниям в больницы, находящиеся за пределами ДОЛ «Звездный».

Медицинский пункт детского лагеря «Звездный» является изолятором до перевода больного ребенка в стационар или до передачи родителям в течение 2-х часов.

Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных в объеме и способами в соответствии с Федеральным законом № 152-ФЗ «О персональных данных» и на передачу данных в реестр электронных медицинских документов медицинской информационной системы.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача) в порядке, установленном законодательством РФ, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, иные действия.

Законный представитель несовершеннолетнего:

(подпись)

(ФИО)

Дата « _____ » _____ 202__ г.