

Санаторий «Вита» (ООО)

Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства для получения первичной медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи ребенком в период пребывания в оздоровительной организации

Я, _____
ФИО одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя

проживающий (ая) по адресу:

контактный телефон

В соответствии с требованиями ст.20 ФЗ от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан», даю добровольное информированное согласие на проведение медицинских вмешательств моему ребенку

ФИО ребенка, от имени которого выступает законный руководитель

« _____ » _____ года рождения,

при оказании первичной медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи в оздоровительной и медицинской организации.

Я ознакомлен с перечнем видов медицинских вмешательств (приложение), на которые граждане дают информированное добровольное согласие для получения первичной медико-санитарной помощи в доступной для меня форме, а также уведомлен в том, что при оказании неотложной и скорой медицинской помощи в другой медицинской организации, имеющей для этого соответствующую медицинскую лицензию, 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 « _____ » _____ 2017г. до « _____ » _____ 2017г.

Приложение

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 слуха и слуховых функций.
7. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных 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, реоэнцефалография, 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, внутрикочно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.
15. Оказание наркологической и психиатрической помощи, включая амбулаторную и стационарную, в учреждениях здравоохранения, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по данным видам деятельности.

Подпись, ФИО одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя

« _____ » _____ 2017 г.
Дата оформления добровольного информированного согласия

Внимание! При госпитализации ребенка в лечебные учреждения за пределы санатория, родители (законные представители) ребенка информируются медицинским работником санатория не позднее суток с момента госпитализации по телефону, указанному родителями (законными представителями) в информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство. Прочим лицам информация о состоянии здоровья ребенка не предоставляется.