

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____, родитель (законный представитель)

несовершеннолетнего Ребенка (ФИО, д.р.) _____,

в период с «__» _____ по «__» _____ 2021г.

в соответствии с требованиями **ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»** даю добровольное информированное согласие на проведение медицинского вмешательства моему Ребенку при оказании первичной медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи в случае наличия угрозы жизни и здоровью моему Ребенку, если таковое будет продиктовано медицинской необходимостью и целесообразностью и выполнено в соответствии с действующими стандартами и правилами.

Я даю свое согласие на проведение, при необходимости, следующих медицинских вмешательств:

- медицинский осмотр, опрос, в т.ч. выявление жалоб, сбор анамнеза;
- систематический контроль за состоянием здоровья ребенка;
- систематический контроль за соблюдением правил личной гигиены;
- осмотр ребенка на педикулез, чесотку, микроспорию;
- осмотр, в т.ч. пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, отоскопия;
- антропометрические исследования;
- термометрия, тонометрия;
- не инвазивные исследования органов зрения и зрительных функций;
- не инвазивные исследования органов слуха и слуховых функций;
- исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы);
- своевременная изоляция больных;
- лабораторные методы обследования, в т.ч. клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические;
- введение лекарственных препаратов по назначению врача, в т.ч. внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикжно;
- анестезиологическое пособие; закрытая репозиция при переломах;
- промывание желудка; очистительная и лечебная клизма; обработка ран и наложение повязок, швов;
- амбулаторно-поликлиническая помощь, в т.ч. по педиатрии, стоматологии, бальнеологии;
- консультация психиатра в медицинских учреждениях Московской обл.

В доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанных с ними риском, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. О необходимости других методов обследования и лечения мне будет разъяснено дополнительно.

Я поставлен(а) в известность о том, что мой ребенок (дети) при наличии медицинских показаний будет доставлен в ближайшую медицинскую организацию для уточнения состояния здоровья и (или) оказания специализированной медицинской помощи.

Мне разъяснено, что в случае направления ребенка на стационарное лечение я буду проинформирован(а) об этом медицинским работником либо ответственным сотрудником ООО «Стади-Центр».

Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем моего ребенка, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных моим ребенком и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах.

Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, включенного в перечень видов медицинских вмешательств, я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных видов медицинского вмешательства.

В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании медицинской помощи моему ребенку ответственного сотрудника ООО «Стади-Центр».

личная подпись

ФИО родителя (законного представителя)

дата _____