**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество родителя, законного представителя)

Проживающий по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

законный представитель (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) несовершеннолетнего

(нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего до 18 лет)

**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 медицинским работникам 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. Медицинский осмотр при заезде ребенка в ООО «Санаторий « Глобус », в течение смены через каждые семь дней.

2. Проведение взвешивания ребенка, измерение роста ребенка.

3. Ежедневный амбулаторный прием, анамнез.

4. Информирование сотрудников (директора санатория, воспитателей, вожатых, инструкторов по физической культуре) о состоянии здоровья ребенка.

5. Коррекцию режима и нагрузок для ребенка с отклонениями в состоянии здоровья.

6. Систематический контроль за состоянием здоровья ребенка.

7. Систематический контроль за соблюдением правил личной гигиены ребенком, санитарным состоянием, внешним видом..

8. Своевременную изоляцию и/или госпитализацию, организацию лечения и ухода за ребенком

согласно стандартам оказания медицинской помощи и клиническим протоколам лечения, действующим натерритории РФ.

9. Осмотр ребенка на педикулез, чесотку, микроспорию.

10. Осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию, риноскопию, фарингоскопию,

непрямую ларингоскопию.

11. Антропометрические исследования.

12. Термометрию.

13. Тонометрию.

14. Не инвазивные исследования органов зрения и зрительных функций.

15. Не инвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.

16. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).

17. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические,

бактериологические, вирусологические, иммунологические.

18. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное

мониторирование артериального давления, суточное мониторирование кардиограммы, спирография,пневмотахометрия, пикфлуометрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография.

19. Рентгенологические методы исследования, в том числе флюорография (для лиц, старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования, магнитно-резонансная томография, компьютерная томография.

20. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно,

внутривенно, подкожно, внутрикожно.

21. Анестезиологическое пособие.

22. Пункцию суставов и внутрисуставное введение лекарственных средств.

23. Закрытую репозиция при переломах.

24. Промывание желудка.

25. Очистительная и лечебная клизма.

26. Обработка ран и наложения повязок, швов.

27. Хирургическое лечение гнойно-некротических процессов.

28. Оказание гинекологической и урологической помощи.

29. Оказание наркологической и психиатрической помощи, включая стационарную, в учреждениях

здравоохранения, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по данным видам деятельности.

30. Госпитализацию детей по медицинским показаниям в лечебные учреждения, находящиеся за

пределами ООО «Санаторий «Глобус».

Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных в объеме и способами,

указанными в п. 1.3 ст.11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных».

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных

данных: фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, адрес, контактный телефон, реквизиты, полис ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, другая информация.

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.

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 дано мной «\_\_\_\_»\_\_\_\_ 20\_\_\_г. и действует на время пребывания моего ребенка в ООО «Санаторий «Глобус».

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего

письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ООО «Санаторий «Глобус» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю ООО «Санаторий «Глобус».

При заболевании и госпитализации моего ребенка в лечебные учреждения на территории

ООО «Санаторий «Глобус» либо за пределы Санатория прошу вас проинформировать меня по следующим контактным данным:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(номер телефона)

Прочим лицам информацию о состоянии здоровья ребенка не предоставлять.

Законный представитель:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (ФИО)

Дата «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201 \_\_ г.