

## 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 Региональный центр выявления, поддержки и развития талантов у детей и молодежи РМ «Мира» ГБУ ДПО РМ «ЦНППМ «Педагог 13.ру» (далее – Центр «Мира»), в течение смены.
2. Проведение взвешивания ребенка, спирометрию и измерение мышечной силы кистевым динамометром.
3. Ежедневный амбулаторный прием, анамнез.
4. Информирование сотрудников (Руководство Центра «Мира», воспитателей, 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.
8. Своевременную изоляцию и/или госпитализацию, организацию лечения и ухода за ребенком согласно стандартам оказания медицинской помощи и клиническим протоколам лечения, действующим на территории РФ.
9. Осмотр ребенка на педикулез, чесотку, микроспорию.
10. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
11. Осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию, риноскопию, фарингоскопию, непрямую ларингоскопию.
12. Антропометрические исследования.
13. Термометрию.
14. Тонометрию.
15. Не инвазивные исследования органов зрения и зрительных функций.
16. Не инвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
17. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
18. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
19. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование кардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография.
20. Рентгенологические методы исследования, в том числе флюорография (для лиц, старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования, магнитно-резонансная томография, компьютерная томография.
21. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно.
22. Анестезиологическое пособие.
23. Пункцию суставов и внутрисуставное введение лекарственных средств.
24. Закрывание репозиция при переломах.
25. Промывание желудка.
26. Очистительная и лечебная клизма.
27. Обработка ран и наложения повязок, швов.

28. Хирургическое лечение гнойно-некротических процессов.
29. Оказание гинекологической и урологической помощи.
30. Оказание наркологической и психиатрической помощи, включая стационарную, в учреждениях здравоохранения, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по данным видам деятельности.
31. Госпитализацию детей по медицинским показаниям в лечебные учреждения, находящиеся за пределами Центра «Мира».

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 действует на время пребывания моего ребенка в Центре «Мира». Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Центра «Мира» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку официальному представителю Центра «Мира».

Законный представитель:

---

Подпись	/	Расшифровка подписи	_____	дата
---------	---	---------------------	-------	------