

**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 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» даю **информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**, если таковое будет продиктовано медицинской необходимостью и целесообразностью и выполнено в соответствии с действующими стандартами и правилами:

1. Медицинский осмотр ребёнка, в том числе на педикулез, заразные кожные заболевания, в соответствии с требованиями СанПиН.

2. Оказание первичной медико-санитарной помощи, лечение согласно стандартам оказания медицинской помощи и клиническим протоколам лечения, действующим на территории РФ, с использованием лекарственных препаратов и, при необходимости, экстренной неотложной помощи, включая инъекцию лекарственных препаратов.

3. Коррекцию физических нагрузок для ребёнка при наличии отклонений в состоянии здоровья.

4. Направление, при необходимости, ребёнка в медицинские организации с целью консультирования, оказания специализированной медицинской помощи, в том числе стоматологической.

5. Оказание 1-й медицинской помощи при возникновении травм. По показаниям – транспортирование в стационар, рентгенологические и иные исследования.

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, возможные варианты медицинских вмешательств, возможность направления ребёнка на лечение в лечебно-профилактическое учреждение, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Подтверждаю, что сообщил(а) медицинскому персоналу достоверную информацию, связанную с состоянием здоровья, перенесенными инфекционными заболеваниями и аллергическими реакциями, в том числе на лекарственные препараты, травмах, физическом и психическом состоянии моего ребёнка.

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты.

При заболевании, необходимости экстренной неотложной помощи, госпитализации моего ребёнка в лечебные учреждения за пределы ДООЛ ГБНОУ «Балтийский берег» прошу вас проинформировать меня по следующим контактным данным:

(номер телефона, доступного для связи 24 часа)

Прочим лицам информацию о состоянии здоровья ребёнка не предоставлять.

В случае отсутствия возможности получения от меня согласия на оказание экстренной неотложной медицинской помощи разрешаю проводить обследование и лечение моего ребёнка.

Настоящее согласие дано мной «___» _____ 202__ года и действует на время пребывания моего ребёнка в ДООЛ ГБНОУ «Балтийский берег».

Обязуюсь, в случае моего отказа от медицинского обслуживания самостоятельно забрать своего ребёнка в течение суток.

Законный представитель: _____
(подпись) (Фамилия И.О.)

Обращаю Ваше внимание, что моему ребёнку необходимо продолжить противорецидивное лечение по назначению лечащего врача (копию листа назначений прилагаю). В связи с этим, у моего ребёнка имеются лекарственные препараты:

(наименование и количество)

Прошу врача взять на контроль прием моим ребёнком лекарственных средств.

(дата)

(подпись)

(расшифровка подписи)