Согласно приказу 514н МЗ РФ от 10.08.2017г

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство на период проведения заключительного этапа межрегионального экономического фестиваля школьников «Сибириада. Шаг в мечту»

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

являясь законным представителем

несовершеннолетнего\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ проживающего по адресу:

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

на основании ст.20 ФЗ РФ от 21.11.2011 323 ФЗ «Об охране здоровья граждан» даю согласие на проведение следующих медицинских вмешательств , согласно приложению Минюст РФ от 5 мая 2012г

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.

2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное, ректальное исследование.

3. Антропометрические исследования. Осмотр на педикулез и чесотку.

4. Термометрия.

5.Тонометрия.

6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.

7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.

8. Исследования функций нервной системы(чувствительной и двигательной сферы)

9. Профилактический медицинский осмотр узкими специалистами.

10. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, рентгенологические, иммунологические.

11. Функциональные методы обследования ( ЭКГ, холтеровское мониторирование, спирография ,электроэнцефалография, реоэнцефалография)

12. Ренгенологические методы обследования, ФЛГ( старше 15 лет), ультразвуковые, допплерографические исследования.

13. Введение лекарственных препаратов по назначению врача. В том числе в/м, в/в, п/к,в/к.

14.Медицинский массаж.

15. ЛФК.

16. Бальнеолечение, теплолечение, галокамера (по назначению врача)

Отказываюсь/согласен (вписать нужное)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В случае отказа от предложенных профилактических мероприятий ответственность за здоровье ребенка несет его родитель или законный представитель ( ст.63,64,65 Семейного Кодекса РФ).

Медицинский осмотр представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на выявление патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития.

Профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних проводятся в установленные возрастные периоды в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, а также в целях формирования групп состояния здоровья и выработки рекомендаций для несовершеннолетних.

В доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства и его последствиях.

Мне разъяснено, что перед проведением медицинского вмешательства я имею право отказаться от медицинского вмешательства.

Я подтверждаю своей подписью, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное.

Подпись представителя ребенка мать \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

отец \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_г.

Подпись медработника \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_г.