

## **Список документов для заезжающих в оздоровительный лагерь**

### **Для детей**

- медицинский полис и его копия;
- медицинская справка по форме № 079/у (заполняется участковым врачом)
- справка об эпидокружении (выдается эпидемиологом (педиатром) в поликлинике или в местной СЭС). В справке должны быть пометки, об эпидокружении по месту учебы и местожительства.
- согласие на медицинские вмешательства для получения первичной медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи (детям до 14 лет (включительно))

Это список обязательных документов.

### **Для руководителей**

Медицинская книжка (оригинал или копия заверенная кадровиком)



**Согласие на медицинские вмешательства для получения первичной медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи**

**Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства для получения первичной медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи в период пребывания в оздоровительной организации.**

Я, \_\_\_\_\_

Ф.И.О. одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения,  
проживающий (-ая) по адресу:

\_\_\_\_\_ адрес проживания одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя

\_\_\_\_\_ даю добровольное информированное согласие на проведение медицинских вмешательств моему ребенку

Контактный телефон \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ф.И.О. (полностью) ребенка, от имени которого выступает законный представитель

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, чьим законным представителем я являюсь, проживающего по адресу:

\_\_\_\_\_ фактический адрес проживания ребенка

при оказании первичной медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи в оздоровительной и медицинской организации.

Я ознакомлен с перечнем видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие для получения первичной медико-санитарной помощи в доступной для меня форме, а также уведомлен о том, что при оказании неотложной и скорой медицинской помощи я буду информирован по указанному выше телефону. В случае невозможности связаться со мной и при возникновении угрозы жизни моему ребенку решение об объеме и виде медицинского вмешательства определяют врачи медицинской организации.

В доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, порядке оказания медицинской помощи.

В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании медицинской помощи моему ребенку, чьим законным представителем я являюсь, медицинскому работнику оздоровительной организации.

Информированное добровольное согласие действительно на срок пребывания ребенка в оздоровительной организации с « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. до « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_ Подпись, Ф.И.О. одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Дата оформления добровольного информированного согласия

**Перечень видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при получении первичной медико-санитарной помощи**

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия.
3. Антропометрические исследования, спирометрия, динамометрия.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография.
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
13. Медицинский массаж.

Сведения об аллергических реакциях моего ребенка и противопоказаний к приему лекарственных средств (подтвержденные сопровождающими медицинскими документами)

--

--

\_\_\_\_\_  
(Подпись законного представителя, дата)

**Сведения о перенесенных травмах, заболеваниях, операциях**


\_\_\_\_\_  
(Подпись законного представителя, дата)

**ВНИМАНИЕ! ИНФОРМАЦИЯ ДОЛЖНА БЫТЬ ПОДТВЕРЖДЕНА СОПРОВОЖДАЮЩИМИ МЕДИЦИНСКИМИ ДОКУМЕНТАМИ**