

## 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, а также в течение периода пребывания ребенка в ГАОУ «РОЦ».
2. Информирование сотрудников (начальника структурного подразделения, начальника смены, воспитателей, инструктора по физической культуре и вожатых) о состоянии здоровья ребенка.
3. Своевременную изоляцию и/или госпитализацию, организацию лечения и ухода за ребенком согласно стандартам оказания медицинской помощи и клиническим протоколам лечения, действующим на территории РФ.
4. Осмотр ребенка на педикулез, чесотку, микроспорию.
5. Термометрию.
6. Тонometriю.
7. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно.
8. Промывание желудка.
9. Обработка ран и наложения повязок, швов.
10. Госпитализацию детей по медицинским показаниям в лечебные учреждения, находящиеся за пределами ГАОУ «РОЦ».

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 период пребывания моего ребенка в ГАОУ «РОЦ».

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной на адрес ГАОУ «РОЦ» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении или вручен лично под расписку представителю ГАОУ «РОЦ».

При заболевании и госпитализации моего ребенка в лечебные учреждения за пределы Центра прошу вас проинформировать меня по следующим контактным данным:

\_\_\_\_\_

(номер телефона)

Прочим лицам информацию о состоянии здоровья ребенка не предоставлять.

Законный представитель:

\_\_\_\_\_

(подпись)

(ФИО)

Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.