

**Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства для получения
первичной медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи в период
пребывания в Санатории-профилактории «Каштак»**

Я, _____
(Ф.И.О. одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя)

«_____» _____ года рождения,
проживающий(-ая) по адресу:

(адрес одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя)

контактный телефон: _____

Даю добровольное информированное согласие на проведение медицинских вмешательств
моему ребенку

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

«_____» _____ года 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, в том числе при подозрении на
новую коронавирусную инфекцию (COVID 19).

Я ознакомлен с перечнем видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают
информированное добровольное согласие для получения **первичной медико-санитарной помощи**
в доступное для меня форме, а также уведомлен в 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 оздоровительной и медицинской
организации.

В доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, порядке оказания медицинской
помощи с учетом предупреждения распространения новой коронавирусной инфекции (COVID 19).

В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании медицинской
помощи моему ребенку, чьим законным представителем Я являюсь, медицинскому работнику
Санатория-профилактория «Каштак».

Информированное добровольное согласие действительно на срок пребывания ребенка в
Санатории-профилактории «Каштак» с «_____» _____ до «_____» _____ 2024
года.

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

«_____» _____ 2024г.

Дата оформления добровольного информированного согласия

Перечень

видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие для оказания медицинской помощи при организации отдыха детей:

1. Опрос, с выявлением жалоб, сбора анамнеза, уточнением эпидемиологического анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия.
3. Антропометрические исследования, спирометрия, динамометрия, измерение массы тела и его длины.
4. Термометрия бесконтактная.
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: внутрь, внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
13. Медицинский массаж.
14. Кислородные ванны
15. Кислородный коктейль
16. Спелеотерапия.