

Информационное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
паспорт _____ выдан: _____
являюсь законным представителем (мать, отец, опекун, попечитель) ребенка _____

(фамилия, имя, отчество ребенка - полностью, год рождения)

на основании статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», для получения первичной медико-санитарной помощи и проведение медицинских осмотров моего ребенка и в школе или дошкольном детском учреждении, даю информационное добровольное согласие на проведение в отношении моего ребенка следующих видов медицинских вмешательств:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения.
7. Неинвазивные исследования органа слуха.
8. Оказание первичной медицинской помощи.
9. Введение лекарственных препаратов при оказании неотложной помощи, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
10. Проведение профилактических прививок, в соответствии с национальным календарем прививок и по эпид.показаниям. Осуществлять контроль за состоянием ребенка после проведенной прививки.
11. Проводить плановые профилактические мероприятия: обследование на энтеробиоз.

Я информирован (информирована) о целях медицинских вмешательств в условиях ДООУ.

Я информирован (информирована), что в случае возникновения заболевания у моего ребенка, мне необходимо обратиться на прием к врачу-педиатру.

Я извещен (извещена), что при отсутствии ребенка в ДООУ более 5-х дней, я должен предоставить медицинскую справку от врача-педиатра.

Я информирован (информирована) о необходимости прохождения моему ребенку ежегодно профилактических осмотров в детской поликлинике.

Я предупрежден (предупреждена) о том, что прием в ДООУ осуществляется при наличии медицинской документации (Ф-026/2000, Ф-063/у).

Я поставил (поставила) в известность медицинского работника обо всех имеющихся проблемах связанных с здоровьем моего ребенка включая:

а) аллергические реакции _____
(указать какие)

б) индивидуальную непереносимость лекарственных средств _____

(указать какие)

в) о перенесенных травмах, операциях, заболеваниях _____

(указать какие)

«___» _____ 20__ г. _____
(подпись законного представителя)

Подпись мед.работника _____
(ФИО)