Информированное согласие на медицинское вмешательство для получения первичной медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи в период пребывания на каникулярных сборах

Я, _____ (Ф.И.О одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя) «___»_____г. рождения, паспорт: серия_____номер_____выдан_____
контактный телефон_____

Даю добровольное информированное согласие на проведение медицинских вмешательств моему ребенку:_____
_____«_____»_____ года рождения, чьим законным представителем я являюсь, проживающего по адресу _____. На основании Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 25.06.2012) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" даю согласие медицинским работникам на каникулярных сборах на оказание медицинской помощи:

- медицинский осмотр при заезде ребенка на каникулярные сборы, каждые семь дней смены, согласно СанПина 2.4.4.3155-13 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации работы стационарных организаций отдыха и оздоровления детей»;
- проведение медицинского осмотра детей в первый день работы оздоровительного учреждения (или накануне открытия) с целью выявления больных;
- коррекция режима и нагрузок для детей с отклонениями в состоянии здоровья;
- систематический контроль за состоянием здоровья детей, особенно имеющих отклонения; активное выявление заболевших;
- контроль за соблюдением правил личной гигиены детьми и персоналом; сроками проведения банных дней; проведение медицинского осмотра детей в первый день работы оздоровительного учреждения (или накануне открытия) с целью выявления больных;
- коррекция режима и нагрузок для детей с отклонениями в состоянии здоровья;
- систематический контроль за состоянием здоровья детей, особенно имеющих отклонения; активное выявление заболевших;
- контроль за соблюдением правил личной гигиены детьми и персоналом; сроками проведения банных дней;
- ежедневный амбулаторный прием детей;
- доврачебную медицинскую помощь;
- своевременная изоляция больных, организация лечения и ухода за детьми, находящимися в изоляторе;
- амбулаторно-поликлиническую помощь, в т. ч. по педиатрии и стоматологии, медицинскую помощь по физиотерапии и бальнеологии;
- в случае дифференциальной диагностики заболеваний, угрозе жизни и здоровью вправе обратиться за консультационной и лечебной помощью в краевые учреждения здравоохранения;
-госпитализация по медицинским показаниям детей в лечебно-профилактическое учреждение;
-при несчастных случаях - оказание неотложной медицинской помощи, транспортировка в ближайший стационар;
- осмотр детей на педикулез, чесотку, микроспорию.

Я уведомлен о том, что при оказании неотложной и скорой медицинской помощи я буду информирован по указанному выше телефону. В случае невозможности связаться со мной по телефону и при возникновении угрозы жизни моему ребенку решение об объеме в виде медицинского вмешательства определяют врачи медицинской организации. В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании медицинской помощи моему ребенку, чьим законным представителем я являюсь, медицинскому работнику оздоровительной организации.

Информирование добровольное согласие действительно на срок пребывания ребенка на каникулярных сборах с «__» _____20__г. по «__» _____20__г.

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

Подпись_____ (_____)
Ф.И.О уполномоченного лица оздоровительной организации

«___» _____20___г.
Дата оформления добровольного информированного согласия