

**Согласие родителей (законных представителей)  
на медицинское вмешательство**

Я \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. родителя (законного представителя))  
являясь родителем (законным представителем) \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ребенка)

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 Краевого государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного образования детей «Хабаровский краевой центр внешкольной работы «Созвездие» (далее - Центр) на оказание медицинской помощи:

- медицинский осмотр при заезде ребенка в Центр, каждые семь дней смены, согласно СанПиН 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;

- распределение детей на медицинские физкультурные группы;

- информирование сотрудников (начальника учреждения, воспитателей, инструкторов по физической культуре) о состоянии здоровья детей;

- коррекция режима и нагрузок для детей с отклонениями в состоянии здоровья;

- проведение взвешивания детей, спирометрия и измерение мышечной силы кистевым динамометром в начале и в конце смены, измерение роста детей;

- 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 и осмотр кожных покровов, осмотр по Ф-20;

- 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 Центр вправе обратиться за консультационной и лечебной помощью в районные и 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;

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 время пребывания моего ребенка в КГБОУ ДОД ХКЦВР Созвездие.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес КГБОУ ДОД ХКЦВР Созвездие по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю КГБОУ ДОД ХКЦВР Созвездие

Подпись \_\_\_\_\_