

Информирование добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
являясь законным представителем несовершеннолетнего проживающего по адресу:

на основании ст. 20 ФЗ РФ от 21.11.2011 2323-ФЗ «Об охране здоровья граждан» даю согласие на проведение следующих медицинских вмешательств в зависимости от возрастного периода:

- профилактический медицинский осмотр специалистами: хирург, невролог, ЛОР, окулист, травматолог-ортопед, педиатр, стоматолог, психиатр, эндокринолог, акушер-гинеколог, уролог-андролог;

- предварительный медицинский осмотр специалистами: педиатр, хирург, невролог, ЛОР, окулист, ортопед-травматолог, стоматолог, психиатр, эндокринолог, акушер-гинеколог, уролог-андролог;

- периодический медицинский осмотр (педиатр);
- обследование в рамках профилактических осмотров: общий анализ крови, сахар крови, общий анализ мочи, ЭКГ, УЗИ брюшной полости, сердца, щитовидной железы, репродуктивной системы, флюорография, анализ окиси углерода выдыхаемого воздуха с определением карбоксигемоглобина, анализ кала, соскоб на энтеробиоз, с целью раннего выявления отклонений в состоянии здоровья (в зависимости от возрастного периода); - доврачебные манипуляции: измерение роста, веса, АД, проведение плантографии, термометрии, осмотр на педикулёз, чесотку;
Отказываюсь: _____

В случае отказа от предложенных профилактических мероприятий ответственность за здоровье ребёнка несёт его родитель или законный представитель (ст. 63, 64, 65 Семейного Кодекса РФ) Медицинский осмотр представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на выявление патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития. Профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних проводятся в установленные возрастные периоды в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, а также в целях формирования групп состояния здоровья и выработки рекомендаций для несовершеннолетних.

Предварительные медицинские осмотры несовершеннолетних проводятся при поступлении в образовательные учреждения в целях определения соответствия учащегося требованиям к обучению.

Периодические медицинские осмотры несовершеннолетних проводятся в целях динамического наблюдения за состоянием здоровья учащихся, своевременного выявления начальных форм заболеваний, ранних признаков воздействия вредных и (или) опасных факторов учебного процесса на состояние их здоровья и выявления медицинских противопоказаний к продолжению учебы.

В доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что перед осуществлением медицинского вмешательства я имею право отказаться от медицинского вмешательства.

Я подтверждаю своей подписью, что прочитал(а) и понял(а) всё вышеизложенное.

Подпись представителя ребёнка мать _____ / _____ /

отец _____ / _____ /

Подпись медработника _____ /А.В. Столыпина /