**Приложение 5**

к Договору № **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_ г.

(образец для подписания законным представителем отдыхающего)

**Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства для получения первичной медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи в период пребывания в ДСОЛ "Ленинградец"**

|  |  |
| --- | --- |
| Я, |  |
|  | Ф.И.О. одного из родителей, опекуна, иного законного представителя |
|   |
| 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 |
|  \_\_\_\_\_\_\_\_\_г. рождения, чьим законным представителем я являюсь, |
| Проживающий(ая) по адресу: |  |
|  |  |  | фактический адрес проживания ребенка |

при оказании первичной медико-санитарной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи в ДСОЛ "Ленинградец", а также неотложной и скорой медицинской помощи.

Я ознакомлен с перечнем видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие для получения первичной медико-санитарной помощи в доступной для меня форме, а так же 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 медицинские работники лагеря.

В доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, порядке оказания медицинской помощи.

В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании медицинской помощи моему ребенку, чьим законным представителем я являюсь, медицинскому работнику лагеря, в т.ч. и при необходимости госпитализации. Информированное добровольное согласие действительно на срок пребывания ребенка в оздоровительной организации с «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. до «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

**Перечень**

**видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное**

**согласие при получении первичной медико-санитарной помощи:**

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.

2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия.

3. Антропометрические исследования, спирометрия, динамометрия.

4. Термометрия.

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. Рентгенологические методы обследования.

10.Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе орально, внутримышечно, внутривенно, накожно, подкожно, внутрикожно.

11. Госпитализация, в случае необходимости, по решению медицинских работников лагеря.

12. Даю согласие на проведение психолого-педагогических мониторингов с участием моего ребенка.

!!! Если ребенок получает лекарственные препараты на постоянной основе, то необходимо представить оригинал листа назначения, выписанный лечащим врачом. Хранение любых медикаментов возможно только в медпункте – все медикаменты (вместе с рекомендацией врача) родители обязаны сдать врачу лагеря.

Подпись законного представителя ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_