

Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства
в период пребывания в ГАПОУ НСО «НОККиИ»

Я, _____
(ФИО одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя несовершеннолетнего)
« _____ » _____ г. дата рождения

Проживающий (-ая) по адресу: _____

_____ контактный телефон _____
Законный представитель (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) (нужное подчеркнуть)
несовершеннолетнего _____
(ФИО, дата рождения несовершеннолетнего)

В соответствии с требованиями статьи № 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Федерального закона от 25.11.2013г. № 317 даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

Я доверяю медицинскому работнику ГАПОУ НСО «НОККиИ» выполнение первичных исследований, связанных с медицинской помощью.

Я даю согласие на проведение при необходимости следующих вмешательств:

1. Опрос, в том числе выяснение жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, аускультация.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Обработка ран и наложение повязок.
7. Госпитализация ребенка по медицинским показаниям в больницы, находящиеся за пределами ГАПОУ НСО «НОККиИ».

Я поставил(а) работников ГАПОУ НСО «НОККиИ» в известность обо всех проблемах, связанных со здоровьем моего ребенка, в т.ч. об аллергических реакциях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, о перенесенных травмах, операциях, заболеваниях, принимаемых лекарственных препаратах. Для предотвращения неблагоприятных ситуаций сообщаю следующие сведения:

Наблюдается ли ребенок по поводу какого-либо заболевания? Какого?	
Нуждается ли ребенок в постоянном приеме лекарственных препаратов? Каких?	
Есть ли у ребенка лекарственная аллергия? На какие препараты?	
Есть ли у ребенка непереносимость продуктов питания? Каких?	
Есть ли у ребенка противопоказания для занятий спортом?	
Другие сведения, заслуживающие внимания	

Разрешаю в случае необходимости решения вопросов, связанных со здоровьем моего ребенка, сообщать по телефонам:

Телефон	Ф.И.О. законного представителя ребенка, родственника

Я ознакомлена (-а), что в случае заболевания моего ребенка, я должен (-а) обеспечить его выезд и сопровождение с территории ГАПОУ НСО «НОККиИ» в течение ближайших 6 часов с момента выявления заболевания.

Я несу полную ответственность за достоверность и полноту представленной информации о моем ребенке.

Я уведомлен (-а) в том, что при оказании неотложной и скорой медицинской помощи в другой медицинской организации, имеющей для этого соответствующую медицинскую лицензию, я буду информирован (-а) 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 врачи медицинской организации.

В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании медицинской помощи моему ребенку, чьим законным представителем я являюсь, лицам, указанным выше или медицинскому работнику ГАПОУ НСО «НОККиИ».

Ф.И.О, подпись одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя несовершеннолетнего

Дата « _____ » _____ г.