

**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 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" даю согласие медицинским работникам Краевого государственного бюджетного нетипового образовательного учреждения «Краевой детский центр «Созвездие» (далее - Центр) на оказание медицинской помощи:

- медицинский осмотр при заезде ребенка в Центр, каждые семь дней смены, согласно СП 2.4.3648-20 "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей и молодежи";
- медицинский осмотр 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;
- коррекцию режима и нагрузок для детей с отклонениями в состоянии здоровья;
- взвешивание детей и измерение мышечной силы кистевым динамометром в начале и в конце смены;
- 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;
- своевременную изоляцию больных, организацию лечения и ухода за детьми, находящимися в изоляторе;
- амбулаторно-поликлиническую помощь, в т.ч. по педиатрии и стоматологии, медицинскую помощь по физиотерапии и бальнеологии;
- госпитализацию 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 случае дифференциальной диагностики заболеваний, угрозе жизни и здоровью Центр вправе обратиться за консультационной и лечебной помощью в районные и краевые учреждения здравоохранения;

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, без повторного согласования с родителем, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены и понятны.

Настоящее согласие дано мной «_____» _____ 20____ г. и действует на время пребывания моего ребенка в КГБНОУ КДЦ Созвездие.

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