

Информированное добровольное согласие
на виды медицинских вмешательств, входящих в перечень, для получения первичной
медико-санитарной помощи во время обучения
в ГБПОУ «МССУОР № 2» Москомспорта

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина либо законного представителя гражданина, не достигшего 15 лет)

« _____ » _____ г. рождения,

проживающий по адресу: _____
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя гражданина, не достигшего 15 лет)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств,
включенные в указанный далее перечень, при оказании мне (гражданину, чьим
законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть)

(Ф.И.О. гражданина, от имени которого выступает законный представитель)

« _____ » _____ г. рождения,

проживающему по адресу: _____,
(адрес места жительства гражданина, от имени которого выступает законный представитель)

первичной медико-санитарной помощи в Медицинском центре ГБПОУ «МССУОР № 2»
Москомспорта.

Перечень видов медицинских вмешательств:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
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. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, нагрузочное тестирование кардиореспираторной системы.
11. Психодиагностическое тестирование.
12. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
13. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.

14. Медицинский массаж.
15. Лечебная физкультура.
16. Физиотерапия

Я поставлен (поставлена) в известность, что во время обучения два раза в год будут проводиться мероприятия по проведению диспансеризации (консультация врачей-специалистов, необходимые исследования и др.).

Мне даны полные и всесторонние разъяснения о проведении диспансеризации и объеме обследования.

Добровольно даю свое согласие на проведение в соответствии с назначениями врача всего объема диагностических исследований в рамках диспансеризации. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.

Я извещен (извещена) о необходимости немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия.

Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания медицинским работникам для проведения дальнейших лечебно-оздоровительных мероприятий по итогам диспансеризации и для обработки данных результатов диспансеризации при условии сохранения врачебной тайны.

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, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

При оказании первичной медико-санитарной помощи гражданину, чьим законным представителем я являюсь, в случае моего отсутствия может присутствовать:

(Ф.И.О., данные документа, удостоверяющего личность, контактный телефон лица, которому предоставляется право присутствовать при оказании первичной медико-санитарной помощи)

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина либо законного представителя гражданина)

(подпись)

(Ф.И.О. врача – куратора соответствующего отделения по виду спорта, уполномоченного главным врачом медцентра ГБПОУ «МССУОР № 2»)

« _____ » _____ Г.

(дата оформления)