**Информированное добровольное согласие**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(Ф.И.О. ребенка** – полностью, дата рождения)

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинских вмешательств моему ребенку на весь период областного историко-краеведческого лагеря «Возвращение к истокам» (далее "Лагерь"), в том числе санитарно-гигиенических, противоэпидемичеких, лечебно-профилактических и оздоровительных мероприятий, направленных на охрану здоровья и жизни ребёнка, включающих:

-осмотр, в том числе термометрию, тонометрию, пальпацию, неинвазивные исследования органа зрения и слуха, функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы);

-опрос, в т.ч. выявление жалоб, сбор анамнеза заболевания;

-функциональные методы обследования, в т.ч. электрокардиография, УЗИ.

-введение лекарственных препаратов внутрь (таблетки, капли), проведение ингаляций, промывание носоглотки, проведение очистительной клизмы;

-проведение экстренных мероприятий при неотложных состояниях ребенка, включая введение препаратов (подкожно, внутримышечно, внутривенно)

В соответствии со ст.20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ» от 21.11.2011г. № 323-ФЗ в случае возникновения у моего ребенка неотложного состояния или обострения хронического заболевания

* добровольно соглашаюсь на оказание медицинской помощи моему ребенку медицинским работником Лагеря;
* добровольно соглашаюсь на осуществление моему ребенку консультации специалистов в сопровождении работника Лагеря;
* добровольно соглашаюсь на экстренную госпитализацию моего ребенка по решению медицинских работников Лагеря.

Я информирован(а) о неблагоприятных эффектах, возможных при оказании медицинской помощи, возможности непреднамеренного причинения моему ребенку вреда здоровью.

Я поставил(а) работников Лагеря 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? |  |
| 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,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Законный представитель ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись /Ф.И.О.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_