

Согласие родителей (законных представителей) на медицинское вмешательство

Я, _____

(ФИО родителя (законного представителя))

законный представитель (мать, отец, опекун, попечитель) несовершеннолетнего

(нужное подчеркнуть)

(ФИО несовершеннолетнего)

В соответствии с п.18 ст.77 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 7 июля 2020 года № 360 - VI ЗРК даю информированное согласие медицинским работникам Республиканского учебно-оздоровительного центра «Балдаурен» (далее – РУОЦ «Балдаурен», Центр) на лечение и проведение других медицинских вмешательств, а именно: оказание медицинской помощи, выполнение исследований, вмешательств, рентгенологических и ультразвуковых методов исследования по медицинским показаниям, согласно действующим клиническим протоколам Министерства здравоохранения Республики Казахстан.

Я даю согласие на проведение при необходимости следующих вмешательств:

- медицинский осмотр при заезде ребенка в РУОЦ «Балдаурен», каждые семь дней смены;
- распределение детей на медицинские физкультурные группы;
- информирование сотрудников (руководителей отделов (комплексов), педагогов-организаторов (вожатых), инструкторов по спорту) о состоянии здоровья ребенка;
- коррекция режима и нагрузок для детей с отклонениями в состоянии здоровья;
- проведение взвешивания ребенка, спирометрии и измерения мышечной силы кистевым динамометром в начале и в конце смены, измерение роста ребенка;
- систематический контроль за состоянием здоровья ребенка, активное выявление заболевших;
- контроль за соблюдением правил личной гигиены ребенком; сроками смены постельного белья;
- ежедневный амбулаторный прием заболевших, сбор анамнеза;
- доврачебная медицинская помощь;
- своевременная изоляция и/или госпитализация ребенка, организация лечения и ухода за ребенком, согласно клиническим протоколам лечения, действующим на территории РК;
- осмотр ребенка на педикулез, чесотку, микроспорию.
- при необходимости оказывать амбулаторно-поликлиническую помощь, в т.ч. по педиатрии и стоматологии, медицинскую помощь по физиотерапии.
- при несчастных случаях – оказание неотложной медицинской помощи, госпитализация по медицинским показаниям детей в лечебно-профилактическое учреждение.

В случае дифференциальной диагностики заболеваний, угрозе жизни и здоровью ребенка Центр вправе обратиться за консультационной и лечебной помощью в региональные близлежащие медицинские учреждения.

В доступной 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, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

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

Настоящее согласие дано мной «___» _____ 20___ г. и действует на время пребывания моего ребенка в РУОЦ «Балдаурен».

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

Законный представитель:

Подпись

ФИО