Приложение № 11

к Правилам оказания санаторно-курортных

и оздоровительных услуг

# Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

# (для взрослых)

*(фамилия, имя, отчество пациента)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, или законный представитель пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Ф.И.О., дата рождения, реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы пациента)*

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2015 г. №390н «Об утверждении перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи», настоящим предоставляю ООО «КЦО «СИБУР-Юг» информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства.

Я даю согласие на проведение следующих исследований и вмешательств медицинскими работниками ООО «КЦО «СИБУР-Юг», если это продиктовано медицинской необходимостью и целесообразностью и выполнено в соответствии с лицензией на медицинскую деятельность и порядками оказания медицинской помощи:

1. Oпpoc, 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. Измерение массы тела, роста, мышечной силы кистевым динамометром, термометрию. Осмотр на педикулез, чесотку, микроспорию. Может проводиться при заезде и в течение пребывания.
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. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография.
10. Ультразвуковые исследования, допплерографические исследования.
11. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
12. Медицинский массаж.
13. Лечебная физкультура.
14. Оказание акушерско-гинекологической помощи по показаниям.

16. Исследования ЛОР-органов, включая эндоскопические.

1. Лечебные и оздоровительные процедуры: физиотерапевтические процедуры, ингаляции, галотерапия, бальнеолечение, грязелечение, ароматерапия, фитотерапия, приём кислородного коктейля, минеральной воды, купание в плавательных бассейнах и море, приём воздушных и солнечных ванн, диетотерапия.
2. Информирование сотрудников (генерального директора, инструкторов) о состоянии здоровья.
3. Распределение в соответствующую группу физического развития.
4. Коррекция режима и нагрузок при отклонении в состоянии здоровья.
5. Систематический контроль состояния здоровья, соблюдения правил личной гигиены, проведения санитарно-гигиенических мероприятий.
6. Своевременная изоляция и/или госпитализация по показаниям.
7. При необходимости: Оказание экстренной и неотложной медицинской помощи. Сердечно- легочная реанимация. Обезболивание. Промывание желудка. Выполнение клизм. Обработка ран и наложение повязок, швов.

Я уполномочиваю выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, для минимизации рисков, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

Я поставлен(а) в известность о том, что при наличии медицинских показаний я (или пациент, представителем которого я являюсь) буду доставлен в ГБУЗ «Городская больница Анапы» или иную медицинскую организацию, имеющую надлежащую лицензию, для проведения диагностики и/или оказания первичной и/или специализированной медицинской помощи.

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствий, 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 или потребовать его/их прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Со своей стороны, я обязуюсь сообщать полностью всю информацию о состоянии своего здоровья, жалобы, имеющиеся у меня особенности, в том числе особенности реакций организма. В случае необходимости приема назначенных мне лекарственных препаратов и соблюдении предписаний лежащего врача обязуюсь выполнять данные мне рекомендации.

Я также даю согласие на обработку персональных данных в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных». Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие: фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, адрес, контактный телефон, реквизиты полисов OMC и ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, другая информация. Перечень действий с персональными данными, на совершении которых дается согласие: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение) использование, распространение (в том числе передача) в порядке, установленном законодательством РФ, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, иные действия.

Настоящее согласие действует бессрочно.

Я подтверждаю, что текст данного информированного согласия мною прочитан полностью, понятен, и я согласен с указанным, полученные разъяснения мне понятны и объем предоставленной информации меня удовлетворяет. Мне понятен смысл сообщенной мне информации и терминов, на меня не оказывалось давление, и я осознанно и добровольно принимаю решение о проведении мне медицинских вмешательств. Мне было предоставлено достаточно времени для ознакомления, обдумывания и принятия решения.

Пациент (законный представитель):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись пациента / законного представителя пациента, ФИО)

Дата: «\_\_\_» 20\_\_\_г.*.*

Контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врач ООО «КЦО «СИБУР-Юг»:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись врача, Ф.И.О.)

Дата «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

Приложение № 12

к Правилам оказания санаторно-курортных

и оздоровительных услуг

# Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

# (для детей)

*Я,*

*(фамилия, имя, отчество пациента)*

Паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданный\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(кем и когда),

Зарегистрирован (-на) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

являюсь родителем/усыновителем/опекуном (ненужное зачеркнуть) несовершеннолетнего(-ней) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО)\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата рождения, свидетельство о рождении(паспорт)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданное(-ый) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (кем и когда),

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2015 г. №390н «Об утверждении перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи», настоящим предоставляю ООО «КЦО «СИБУР-Юг», МБУЗ «Детская городская больница УЗА МО г-к Анапа», МБУЗ «Городская больница УЗА МО г-к Анапа», **информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств в отношении вышеуказанного ребенка**.

Я доверяю медицинским работникам, назначенных приказом в указанных организациях, выполнение исследований, вмешательств и лучевых исследований, если таковое будет продиктовано медицинской необходимостью и целесообразностью и выполнено в соответствии с действующими стандартами и правилами.

Я даю согласие на проведение следующих исследований и вмешательств медицинскими работниками ООО «КЦО «СИБУР-Юг», если это продиктовано медицинской необходимостью и целесообразностью и выполнено в соответствии с лицензией на медицинскую деятельность и порядками оказания медицинской помощи:

1. Медицинский осмотр при заезде ребенка и в течении смены, в том числе проведение пальпации, аускультации, риноскопии, фарингоскопии, непрямой ларингоскопии, вагинального исследования, ректального исследования.
2. Проведение взвешивания ребенка, спирометрии и измерение мышечной силы кистевым динамометром в начале и в конце смены, измерение роста ребенка, термометрии, измерение артериального давления.
3. Неинвазивные исследования органов зрения и зрительных функций.
4. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
5. Исследования функций нервной системы.
6. Лабораторные методы обследования, в том числе биохимические, клинические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
7. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пикфлуометрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография.
8. Рентгенографические методы обследования, в том числе флюорография, рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования, магнитно-резонансная томография, компьютерная томография.
9. Введение и прием лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
10. Проведение лечебных и оздоровительных процедур: медицинского массажа, лечебной физкультуры, физиотерапевтических процедур, ингаляций, галотерапии, бальнеолечения, грязелечения, ароматерапии, фитотерапии, прием лекарственных отваров, кислородного коктейля, прием минеральной воды, купание в плавательном бассейне и море, прием воздушных и солнечных ванн, диетотерапии.
11. Ежедневный амбулаторный прием, осмотр, в том числе узкими специалистами.
12. Информирование сотрудников (начальника лагеря, воспитателей и вожатых, инструкторов по физической культуре) о состоянии здоровья ребенка.
13. Распределение ребенка в соответствующую физкультурную группу
14. Коррекцию режима и нагрузок для ребенка с отклонениями в состоянии здоровья.
15. Систематический контроль за состоянием здоровья ребенка.
16. Систематический контроль за соблюдением правил личной гигиены ребенком, сроками проведения банных дней, контроль за проведением санитарно-гигиенических мероприятий.
17. Своевременную изоляцию и/или госпитализацию, организацию лечения и ухода за ребенком согласно стандартам оказания медицинской помощи и клиническим протоколам лечения, действующим на территории РФ.
18. В случае дифференциальной диагностики заболеваний, угрозе жизни и здоровью ребенка, обращаться в другие лечебные учреждения за консультацией и лечебной помощью
19. Осмотр ребенка на педикулез, чесотку, микроспорию.
20. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
21. Анестезиологическое пособие.
22. Стоматологическое пособие (терапевтическое и хирургическое)
23. Пункцию суставов и внутрисуставное введение лекарственных средств.
24. Закрытую репозицию при переломах.
25. Промывание желудка.
26. Очистительная и лечебная клизма.
27. Обработка ран и наложения повязок, швов.
28. Хирургическое лечение гнойно-некротических процессов.
29. Оказание гинекологической и урологической помощи.
30. Оказание наркологической и психиатрической помощи, включая стационарную, в учреждениях здравоохранения, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по данным видам деятельности.

Я поставлен(а) в известность о том, что мой ребенок при наличии медицинских показаний будет доставлен в МБУЗ «Детская городская больница УЗА МО г-к Анапа», МБУЗ «Городская больница УЗА МО г-к Анапа», для уточнения состояния здоровья и (или) оказания специализированной медицинской помощи.

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствий, в том числе вероятность развития осложнений, возможность направления ребенка на лечение в лечебно-профилактические учреждения, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего согласия, положения которого мне разъяснены, мною понятны. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его/их прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Настоящее согласие действует на время пребывания моего ребенка в ООО «КЦО «СИБУР-Юг»

Сведения о лицах, которым может быть передана информация о состоянии ребенка:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О., контактный тел., статус законного представителя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О., контактный номер тел., статус законного представителя)

Законный представитель:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (ФИО)