**Согласие родителя (законного представителя)**

**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 №323-ФЗ (ред. от 22.12.2020) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю согласие медицинским работникам КГАУ «Камчатский центр развития детского отдыха» на оказание медицинской помощи:

- медицинский осмотр при заезде ребенка на территорию обособленного структурного подразделения КГАУ «Камчатский центр развития детского отдыха» - детский оздоровительный лагерь «им. Ю.А. Гагарина» (далее – ДОЛ «им. Ю.А. Гагарина»), каждые семь дней смены, согласно СП 2.4.3648-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей и молодежи»;

- проведение медицинского осмотра детей в первый день работы оздоровительного учреждения с целью выявления больных;

- информирование сотрудников (директора ДОЛ, воспитателей, инструкторов по физической культуре и др.) о состоянии здоровья ребенка;

- коррекция режима и нагрузок для детей с отклонениями в состоянии здоровья;

- проведение взвешивания детей, спирометрия и измерение мышечной силы кистевым динамометром в начале и в конце смены, измерение роста детей;

- систематический контроль за состоянием здоровья ребенка, особенно заболевшего;

- контроль за соблюдением правил личной гигиены ребенком;

- ежедневный амбулаторный прием детей;

- доврачебную медицинскую помощь;

- своевременная изоляция больных, организация лечения и ухода за детьми, находящимися в изоляторе;

- по педиатрии;

- в случае дифференциальной диагностики заболеваний, угрозе жизни и здоровью Центр вправе обратиться за консультационной и лечебной помощью в краевые учреждения здравоохранения;

- госпитализация по медицинским показаниям детей в лечебно-профилактическое учреждение;

- при несчастных случаях оказание неотложной медицинской помощи, транспортировка в ближайший стационар;

- осмотр ребенка на педикулез, чесотку, микроспорию.

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, 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\_\_\_ и действует на время пребывания моего ребенка в ДОЛ «им. Ю.А. Гагарина».

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2022 г.

(подпись, Ф.И.О.)