



Государственное автономное общеобразовательное учреждение Саратовской области
«Инженерный лицей»

**РЕГИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ВЫЯВЛЕНИЯ, ПОДДЕРЖКИ И РАЗВИТИЯ СПОСОБНОСТЕЙ И
ТАЛАНТОВ ДЕТЕЙ И МОЛОДЕЖИ НА ТЕРРИТОРИИ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ
«ГАЛАКТИКА64»**

410053 г.Саратов , ул. имени Клочкова В.Г. , зд. 85, ст.2

Тел: 8(8452)56-04-12 e-mail: sar_centre@mail.ru

СОГЛАСИЕ

родителей/законных представителей на медицинское вмешательство
(Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство)

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество родителя, законного представителя)

проживающий (ая) по адресу:

законный представитель (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)
несовершеннолетнего (нужное подчеркнуть) _____

(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего до 18 лет)

В соответствии с требованиями статьи № 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Федерального закона от 21.11.2013 г. № 317-ФЗ даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. Я доверяю медицинским работникам 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 при необходимости следующих вмешательств:

1. Медицинский осмотр при заезде ребенка в центр выявления, поддержки и развития способностей и талантов у детей и молодежи Саратовской области «Галактика64, в течение смены.
2. Информирование сотрудников (начальника центра, воспитателей) о состоянии здоровья ребенка.
3. Систематический контроль за состоянием здоровья ребенка.
4. Систематический контроль за соблюдением правил личной гигиены ребенком, сроками проведения банных дней.
5. Своевременную изоляцию и/или госпитализацию, организацию лечения и ухода за ребенком согласно стандартам оказания медицинской помощи и клиническим протоколам лечения, действующим на территории РФ.
6. Осмотр ребенка на педикулез, чесотку, микроспорию.
7. Термометрию.
8. Тонометрию.

9. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.

10. Анестезиологическое пособие.

11. Оказание наркологической и психиатрической помощи, включая стационарную, в учреждениях здравоохранения, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по данным видам деятельности.

А также я даю согласие на иную медицинскую помощь, необходимую для сохранения жизни и здоровья моего ребенка, включая доставку ребенка в медицинские учреждения за пределами лагеря, которое осуществляется медицинскими работниками центра «Галактика64».

Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных в объеме способами, указанными в п. 1.3 ст.11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных».

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных: фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, адрес, контактный телефон, реквизиты, полис ОМС (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 совершение 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.

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 ребёнка на лечение в лечебнопрофилактическое 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 центре «Галактика64». Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес центра «Галактика64» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю центра «Галактика64». При заболевании и госпитализации моего ребенка в лечебные учреждения за пределы лагеря прошу вас проинформировать меня по следующим

контактным данным: _____.

(номер телефона)

Прочим лицам информацию о состоянии здоровья ребенка не предоставлять.

Законный представитель:

(подпись)

(ФИО)

«___»_____20___г.