Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области детский санаторий «Отдых»

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ С ОБЩИМ ПЛАНОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ**

***в интересах ребенка (на каждого ребенка заполняется отдельное согласие)***

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.р.

( ФИО законного представителя)

зарегистрированный по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, являясь представителем законных интересов

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(ФИО ребенка)

находящегося на лечении в ГБУЗ МО ДС «Отдых» ознакомлен(а) лечащим врачом ребенка с намеченным общим планом санаторно-курортного лечения или медицинской реабилитации.

Я даю информированное добровольное согласие и уполномочиваю медицинский персонал санатория выполнить любую процедуру или дополнительное медицинское вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения ребенка, чьи законные интересы я представляю, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций, в том числе:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.

2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия.

3. Антропометрические исследования.

4. Термометрия.

5. Тонометрия.

6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.

7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.

8. Неинвазивные исследования полости рта.

9. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).

10. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.

11. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиогафия, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия.

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

13. Медицинский массаж.

14. Лечебная физкультура.

15. Физиотерапия, в том числе электролечение, ультразвуковая терапия и лекарственный ультрафонофорез, фотолечение, магнитотерапия, водолечение, бальнеотерапия, галотерапия, ингаляционная терапия, нормобарическая гипокситерапия.

16. Иные необходимые по медицинским показаниям процедуры и вмешательства.

Лечащим врачом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО врача)

мне лично в доступной для меня форме были разъяснены цель, характер, ход, методы, возможные варианты, их возможные последствия, объем, а также предполагаемый результат планируемого санаторно-курортного лечения или медицинской реабилитации, назначенного в соответствии с имеющимися у ребенка медицинскими показаниями (противопоказаниями) согласно утвержденным в санатории Стандартам санаторно-курортной помощи или медицинской реабилитации.

Я осведомлен(а) и согласен(на), что количество и наименование конкретных процедур определяется лечащим врачом ребенка, врачом-физиотерапевтом и/или врачом-специалистом.

Мне известно, что во время проведения санаторно-курортного лечения или медицинской реабилитации возможно появление обстоятельств, из-за которых может возникнуть необходимость в изменении плана проводимого лечения, предвидеть которые в момент оформления данного документа не представляется возможным. При этом лечащий врач ребенка обязан довести до моего сведения новый план лечения.

Я осведомлен(а) и согласен(на), что количество и наименование конкретных процедур определяется лечащим врачом ребенка, врачом-физиотерапевтом и/или врачом-специалистом.

Мне известно, что во время проведения санаторно-курортного лечения или медицинской реабилитации возможно появление обстоятельств, из-за которых может возникнуть необходимость в изменении плана проводимого лечения, предвидеть которые в момент оформления данного документа не представляется возможным. При этом лечащий врач ребенка обязан довести до моего сведения новый план лечения.

Со мной обсуждены последствия отказа от санаторно-курортного лечения или медицинской реабилитации ребенка, чьи законные интересы я представляю. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от проведения ребенку одного или нескольких видов медицинских вмешательств, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446). Я получил(а) исчерпывающие и понятные мне ответы на вопросы и имел(а) достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенное санаторно-курортное лечение или медицинскую реабилитацию ребенку, чьи законные интересы я представляю.

Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения ребенка является строгое соблюдение всех назначений и выполнение плана санаторно-курортного лечения или медицинской реабилитации, рекомендованного врачом, в том числе соблюдение принципов и режима диетического питания.

Я обязуюсь обеспечить выполнение моим ребенком всех рекомендаций лечащего врача, сделанных в соответствии с намеченным ему планом санаторно-курортного лечения или медицинской реабилитации.

Я предупрежден(а), что:

при выявлении медицинским персоналом признаков инфекционного заболевания (в том числе ОРЗ, ОРВИ, грипп и пр.) производится обязательная изоляция (госпитализация) пациента;

в случаях выявления отклонений в состоянии здоровья ребенка, требующих специализированного лечения в условиях стационара, производится его госпитализация с досрочным прекращением обслуживания ребенка и сопровождающего лица по медицинским показаниям; мне разъяснено, что лечение в стационаре предусмотрено программой обязательного медицинского страхования (ОМС), поэтому такое лечение будет являться для ребенка бесплатным.

в случае отказа от изоляции (госпитализации) ребенка производится его досрочная выписка из Санатория с обязательным информированием учреждения здравоохранения, выдавшего путевку. При этом ответственность за состояние ребенка полностью возлагается на меня.

Я предоставил(а) полную и достоверную информацию о состоянии здоровья ребенка, о перенесенных и имеющихся заболеваниях, проведенных ранее обследованиях и лечении, а также иные сведения, которые могут сказаться на качестве оказываемых услуг. При изменении состояния здоровья ребенка обязуюсь незамедлительно проинформировать об этом лечащего врача.

Я понимаю и соглашаюсь с тем, что Санаторий не может нести ответственность за качество лечения, проведенного в других медицинских учреждениях.

Я подробно ознакомился(лась) с информацией для отдыхающих (профиль санатория, показания и противопоказания лечения в СКУ, режим дня, объем услуг, представляемый по путевке, стандарты санаторно-курортной помощи или медицинской реабилитации, Правила пребывания детей и законных представителей (сопровождающих лиц), направленных на санаторно-курортное лечение или медицинскую реабилитацию в ГБУЗ МО ДС «Отдых» и др.) и согласен(на) с установленными условиями пребывания на территории санатория.

Мне разъяснено, что законный представитель ребенка обязан соблюдать Правила пребывания детей и законных представителей (сопровождающих лиц), направленных на санаторно-курортное лечение или медицинскую реабилитацию в ГБУЗ МО ДС «Отдых», а также обеспечить соблюдение указанных Правил ребенком, чьи законные интересы он(она) представляет.

Мне известно, что в случае несоблюдения/нарушения мною и/или ребенком, чьи законные интересы я представляю режима и/или Правил пребывания детей и законных представителей (сопровождающих лиц), направленных на санаторно-курортное лечение или медицинскую реабилитацию в ГБУЗ МО ДС «Отдых», Санаторий имеет право досрочно прекратить оказание санаторно-курортной помощи или медицинской реабилитации мне и сопровождаемому ребенку.

Я внимательно ознакомился(ась) со всеми пунктами данного документа. На все интересующие меня вопросы были получены исчерпывающие ответы. Я понял(а) суть подписываемого документа и соглашаюсь с ним. Я принимаю решение начать и продолжать лечение ребенка на предложенных условиях.

**Лицо представляющее законные интересы пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(подпись) (расшифровка подписи)**

**Работник санатория: , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(подпись) (расшифровка подписи)**