**ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЯ (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ) НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО В ОТНОШЕНИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО**

Я, ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***,

(ФИО родителя/законного представителя)

являясь родителем (законным представителем) несовершеннолетнего(ей)

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***, (ФИО ребенка, дата рождения)

проживающего(ей) по адресу: \_\_\_***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***,

настоящим даю свое добровольное согласие на проведение медицинских вмешательств, необходимых для оказания медицинской помощи моему ребенку (подопечному) в период его пребывания в МАУ ДО ООЦ «Чайка», в соответствии с приказом Министерства здравоохраненияРоссийской Федерацииот 13 июня 2018 г. N 327н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним в период оздоровления и организованного отдыха», включая:

1. **Оказание первой медицинской помощи** при внезапных заболеваниях и травмах,

угрожающих жизни и здоровью ребенка, до прибытия бригады скорой медицинской помощи.

1. **Проведение медицинских осмотров (осмотров)**, необходимых для оценки состояния

здоровья и выявления признаков заболеваний.

1. **Проведение термометрии (измерение температуры тела)** не менее двух раз в день.
2. **Оказание помощи при острых респираторных заболеваниях (ОРЗ)**, таких как насморк,

кашель, боль в горле (симптоматическое лечение).

1. **Оказание помощи при незначительных травмах (ссадины, порезы, ушибы)**, не

требующих госпитализации.

1. **Госпитализацию** в медицинскую организацию в случае необходимости оказания

специализированной медицинской помощи, угрожающей жизни и здоровью ребенка.

 Я осведомлен(а) о том, что:

* Все медицинские вмешательства будут осуществляться медицинскими работниками лагеря в соответствии с действующими нормативными правовыми актами.
* В случае необходимости проведения медицинских вмешательств, требующих моего согласия (например, хирургическое вмешательство), со мной будет незамедлительно установлена связь для получения моего согласия.
* В случае моего отсутствия или невозможности связаться со мной, решение о проведении медицинского вмешательства, необходимого для спасения жизни ребенка, будет принято консилиумом врачей медицинской организации.

**Особые указания и информация о состоянии здоровья ребенка:**

* **Наличие аллергических реакций:*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** (указать на что, проявления, меры предосторожности)
* **Наличие хронических заболеваний:*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** (указать наименование заболевания, особенности течения, необходимые лекарства и дозировки)
* **Принимаемые лекарственные препараты:*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** (указать наименование препарата, дозировку, частоту приема)
* **Иные сведения, важные для оказания медицинской помощи:*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(например, особенности поведения, страхи, непереносимость определенных продуктов, энурез и т.д.)

Я подтверждаю, что предоставил(а) полную и достоверную информацию о состоянии здоровья моего ребенка.

Дата:***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

Подпись родителя (законного представителя)

ФИО и должность медицинского работника, получившего согласие: ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

Подпись медицинского работника