**Информированное добровольное согласие**

**на виды медицинских вмешательств, входящих в перечень, для получения первичной медико-санитарной** **помощи во время обучения**

**в СПб ГБПОУ «Училище олимпийского резерва № 1»**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. р. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Ф.И.О. гражданина либо законного представителя гражданина, не достигшего 15 лет)*

Паспорт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*(адрес места жительства гражданина либо законного представителя гражданина, не достигшего 15 лет)*

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель/опекун, попечитель)

ребенка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*Ф.И.О. ребенка (полностью, г. рождения)*

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в указанный далее перечень, при оказании мне (*гражданину, чьим законным представителем я являюсь)* первичной медико-санитарной помощи в медицинском отделе СПб ГБПОУ «УОР № 1» и других лечебных учреждениях города Санкт-Петербурга.

**Перечень видов медицинских вмешательств:**

1. Опрос, 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.

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

10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, нагрузочное тестирование кардио-респираторной системы.

11. Психодиагностическое тестирование.

12. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования.

13. Ежегодное проведение диагностических проб на раннее выявление скрытых форм туберкулеза и, при необходимости, углубленное обследование в ПТД.

14. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно, прием таблеток.

15. Медицинский массаж.

16. Лечебная физкультура.

17. Физиотерапия

18. Профосмотры и лечение у стоматолога

19.Проведение профилактических прививок согласно Национальному календарю прививок РФ.

Я поставлен (поставлена) в известность, что во время обучения два раза в год будут проводиться мероприятия по проведению диспансеризации (консультация врачей-специалистов, необходимые исследования и др.).

 Мне даны полные и всесторонние разъяснения о проведении диспансеризации и объеме обследования. Добровольно даю свое согласие на проведение в соответствии с назначениями врача всего объема диагностических исследований в рамках диспансеризации. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.

 Я извещен (извещена) о необходимости немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия.

Приступить к тренировкам после заболеваний и травм могу только после разрешения врача медицинского отдела.

В случаях, когда лечение по каким-либо причинам невозможно провести в медицинском отделе колледжа, учащийся должен быть госпитализирован в стационар.

Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных травмах, операциях, заболеваниях, в том числе носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я осведомлен о наличии и ежегодном обновлении Запрещенного списка субстанций и методов Всемирного антидопингового агентства и о необходимости соблюдения антидопинговых правил.

Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания медицинским работникам для проведения дальнейших лечебно-оздоровительных мероприятий по итогам диспансеризации и для обработки данных результатов диспансеризации при условии сохранения врачебной тайны.

В целях выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, даю информированное согласие на осуществление следующих действий:

- проведения социально-психологического тестирования на раннее выявление немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ;

- проведения профилактических медицинских осмотров в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ (включая внешний осмотр, предварительные и подтверждающие химико-токсикологические исследования).

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, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Соглашаюсь на психологическое тестирование в объеме, принятом в СПб ГБПОУ «УОР № 1» для спортивного отбора и дальнейшего психологического сопровождения, соответствующего учебным, тренировочным и соревновательным задачам.

Вышеперечисленные требования предъявляются как к обучающимся, так и к абитуриентам СПб ГБПОУ «УОР № 1».

*При оказании первичной медико-санитарной помощи гражданину, чьим законным представителем я являюсь, в случае моего отсутствия может присутствовать:*

 *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(Ф.И.О., данные документа, удостоверяющего личность, контактный телефон лица, которому предоставляется право*

*присутствовать при оказании первичной медико-санитарной помощи)*

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

  (подпись) (Ф.И.О. гражданина либо законного представителя гражданина)

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

(подпись) (Ф.И.О. врача соответствующего отделения по виду спорта,

 уполномоченного главным врачом медицинского отдела СПб ГБПОУ «УОР № 1»)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_г.

(дата оформления)