ПРИЛОЖЕНИЕ 3

**Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства для получения неотложной первичной доврачебной медицинской**

**помощи в период пребывания в МАУ СШ «ЛБК «Ангарский»**

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

Ф.И.О. одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя

«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ г. рождения, проживающий (-ая) по адресу:

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

адрес одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя

контактный телефон (для оперативной связи) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

даю добровольное информированное согласие на оказание неотложной первичной доврачебной медицинской помощи в период пребывания моего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. ребенка, от имени которого, выступает законный представитель

«\_\_\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ г. рождения, чьим законным представителем я являюсь, в МАУ СШ «ЛБК «Ангарский».

Я ознакомлен с перечнем видов медицинских вмешательств\*, на которые даю информированное добровольное согласие, для получения моим ребенком неотложной первичной доврачебной медицинской помощи в период тренировочного процесса и соревнований в МАУ СШ «ЛБК «Ангарский», а так же уведомлен в том, что при оказании неотложной и скорой медицинской помощи я буду информирован по указанному выше телефону. В случае невозможности связаться со мной и при возникновении угрозы жизни моему ребенку, решение об объеме и виде медицинского вмешательства определяют врачи медицинской организации. В доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях и порядке оказания медицинской помощи.

В случае моего отсутствия при оказании медицинской помощи моему ребенку, чьим законным представителем я являюсь, вверяю свои полномочия тренеру МАУ СШ «ЛБК «Ангарский».

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

При оказании неотложной первичной доврачебной медицинской помощи моему ребенку прошу учесть его:

Хронические заболевания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Полученные ранее травмы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Аллергические реакции (пищевые, лекарственные, укусы насекомых, полиноз и т.д.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Информированное добровольное согласие действительно на срок пребывания ребенка в МАУ СШ «ЛБК «Ангарский».

*\*Перечень видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие, при получении неотложной первичной доврачебной медицинской помощи:*

1. *Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.*
2. *Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация.*
3. *Антропометрические исследования, спирометрия, динамометрия.*
4. *Термометрия.*
5. *Оказание неотложной первичной доврачебной помощи при травмах, полученных во время учебно-тренировочного процесса и соревнований.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

подпись расшифровка

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