

**Государственное бюджетное общеобразовательное учреждение
школа-интернат Курортного района Санкт-Петербурга «Олимпийский резерв»**

197706, Санкт-Петербург, Сестрорецк, Приморское шоссе, дом 356, тел. (812) 409-81-82, 437-25-35

**Добровольное согласие родителей (законных представителей) на медицинское
вмешательство при проведении осмотров, диагностических исследований,
профилактических прививок, оказание медицинской помощи.**

Я (ФИО родителя) _____
являюсь законным представителем (мать, отец, опекун)
ребенка: _____

ФИО ребенка полностью,

Дата рождения: _____

Адрес регистрации: _____

Подтверждаю то, что я проинформирован (-а) и **добровольно даю свое согласие на проведение** моему несовершеннолетнему ребенку лечебно-оздоровительных мероприятий в ГБОУ ШИ Курортного района Санкт-Петербурга «Олимпийский резерв», направленных на охрану здоровья учащегося, на выполнение диагностических исследований в детских поликлинических отделениях при получении медико-санитарной помощи, на медицинское обследование в городском врачебно-физкультурном диспансере, в том числе:

- осмотр, опрос, сбор анамнеза, выявление жалоб
- осмотр врачами-специалистами при проведении ежегодного диспансерного обследования, отоларинголог, окулист, хирург, невролог, стоматолог, гинеколог(д), уролог(м), эндокринолог;
- антропометрические исследования, термометрию, тонометрию,
- лабораторные исследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические (клинический анализ крови, анализ мочи, анализы на глисты и энтеробиоз, биохимический анализ крови (глюкоза, билирубин, АСТ), маркеры гепатита В и С, АСЛО, СРБ и другие исследования, по показаниям);
- функциональные исследования:
 - УЗИ брюшной полости, печени и почек,
 - УЗИ сердца (ЭХОКГ - эхокардиограмма)
 - ЭКГ сердца (электрокардиограмма с физической нагрузкой)
 - УЗИ щитовидной железы
 - УЗИ малого таза (девочки)
 - ЭЭГ (электроэнцефалограмма)
- флюорография (с 15 лет ежегодно)
- лечебная физкультура и медицинский массаж
- введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривенно.
- госпитализация и стационарное лечение ребенка по медицинским показаниям.
- дополнительные обследования, необходимые по показаниям, в том числе;
- обследования на употребление запрещенных веществ;

Я проинформирован о необходимости профилактических прививок и даю свое согласие

на проведение плановых прививок моему ребенку, по национальному календарю России, в том числе:

(от дифтерии, столбняка, полиомиелита, гриппа, гепатита А, клещевого энцефалита) и ежегодной пробы Манту или Диаскин-теста, согласно приказу по профилактике управляемых инфекций.

Я поставил(ла) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем моего ребенка, в том числе, об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, осложнениях и аллергических реакциях после предыдущих прививок,

обо всех перенесенных травмах, операциях, заболеваниях, принимаемых лекарственных средствах.

Я, сообщил правдивые сведения и предоставил подтверждающие медицинские документы.

Я имел(а) возможность задать интересующие меня вопросы, касающиеся планируемых медицинских вмешательств

Я ознакомлен(на) и согласен(на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого

мне понятны, и добровольно даю свое согласие.

Подпись: _____ / _____
(расшифровка подписи)

« _____ » _____ 202__ г.