

**Информированное добровольное согласие на выды
медицинских вмешательств, при получении медико-санитарной помощи спортсменами
(лицами, занимающимися физической культурой и спортом) в СПб ГБУЗ «Городской
врачебно-физкультурный диспансер»**

Я _____ (фамилия, имя, отчество – полностью)

Дата рождения _____, проживающий (ая) по адресу: _____

Паспорт РФ: серия _____ № _____,
выданк _____ » _____ Код подразделения _____
(кем, когда, код подразделения)

Этот раздел бланка заполняется на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан.

Я _____ (фамилия, имя, отчество – полностью)

Дата рождения _____, проживающий (ая) по адресу _____

Паспорт РФ: серия _____ № _____,
выданк _____ » _____ Код подразделения _____
(кем, когда, код подразделения)

Являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)
_____ (фамилия, имя, отчество ребенка, дата рождения)

наименование и реквизиты документа, подтверждающие полномочия представителя
На основании ФЗ от 21.11.2011 № 323 «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации», Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23.10.2020г. №1144н «Об утверждении порядка организации медицинской помощи лицам, занимающимся физической культурой и спортом (в том числе при подготовке и проведении физкультурных мероприятий и спортивных мероприятий), включая порядок медицинского осмотра лиц, желающих пройти спортивную подготовку, заниматься физической культурой и спортом в организациях и (или) выполнить нормативы испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО)», **ДАЮ ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ** на проведение мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) предварительных, периодических, текущих и этапных медицинских осмотров, учебно-педагогических наблюдений, углубленного медицинского обследования (далее – УМО) в СПб ГБУЗ «Городской врачебно-физкультурный диспансер» а также непосредственно в месте проведения мероприятий, в том числе в выездной форме с целью систематического контроля за состоянием здоровья лиц, занимающихся физической культурой и спортом, оценки адекватности физических нагрузок состоянию здоровья, восстановления здоровья средствами и методами лечебной физкультуры, получения мною (лицом, законным представителем которого я являюсь) медицинского заключения о допуске к участию в физкультурных и спортивных мероприятиях (тренировочных мероприятиях и спортивных соревнованиях), мероприятиях по оценке выполнения нормативов испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО)» (Приложение №2 к приказу Минздрава РФ от 23.10.2020 N 1144н).

Объем медицинских обследований определен Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23.10.2020г. №1144н и включает:

1. Антропометрические исследования.
2. Термометрия.
3. Инструментальные неинвазивные методы диагностики – электрокардиография, электрокардиография с физической нагрузкой, спиритография, по назначению врача суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, пикфлоуметрия, эргоспирометрия, РВС 170, велотермометрия, электроэнцефалография, рентгенологические, ультразвуковые исследования, магниторезонансная томография.
4. Осмотры профильными специалистами согласно программе УМО (индивидуальному плану медицинского осмотра).
5. Лабораторные методы диагностики - общий, биохимический, иммунологический, гормональный, коагулологический, серологический анализ крови (включая исследование на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы), общий анализ мочи;

-Необходимость других методов обследования будет мне разъяснена дополнительно.

-Я получил(а) полные и всесторонние разъяснения о целях предстоящих медицинских обследований.

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантов медицинского вмешательства, их последствия. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства. В случае отказа от предложенных мероприятий ответственность за здоровье ребенка несет его родитель или законный представитель (ст.63,64,65 Семейного кодекса Российской Федерации)

- Я предоставил(а) врачу(ам) достоверную информацию (сведения) о моей (представляемого) спортивной деятельности, характеристиках тренировочных нагрузок, переносимости мною (представляемого) тренировочных нагрузок, наличии признаков у меня (представляемого) состояний перелома, перенапряжения, переутомления, переутомления, а также, наличии травм, связанных со спортивной деятельностью и их последствий, использовании мною (представляемым) дополнительных средств и методов восстановления после тренировочных и соревновательных нагрузок, поставил(а) в известность врача(ей) обо всех проблемах, связанных с моим (представляемого) здоровьем, в том числе об аллергических реакциях, переносимости лекарственных препаратов, перенесенных операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил врачу(ам) правдивые сведения о моей (представляемого) наследственности, а также, об употреблении мною (представляемым) алкоголя, наркотических и токсических средств, биологически активных добавок и лекарственных средств, содержащих запрещенные субстанции, использовании методов, отнесенных к пункту запрещенных к применению во время тренировочной и соревновательной деятельности, согласно действующему антидопинговому законодательству.

Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною понята и добровольно **ДАЮ СВОЕ СОГЛАСИЕ** на обследование в предложенном объеме;

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии здоровья лица, законным представителем, которого я являюсь (неужное зачеркнуть)

_____(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

_____(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

Настоящее согласие дано мной _____ Подпись пашента _____ дата _____

Расписался в моем присутствии:

Медработник _____ / _____ (подпись) _____ (должность Ф.И.О)