

Уважаемые родители!

На предстоящих родительских собраниях, вам будет предложено заполнить два бланка информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство. Первое - на основании ст. 20 ФЗ РФ от 21.11.2011 2323-ФЗ «Об охране здоровья граждан», согласие на проведение следующих медицинских вмешательств, в зависимости от возрастного периода, узкими специалистами ГАУЗ СО «ДГБ Нижний Тагил».

	Осмотры врачами - специалистами	Лабораторные, функциональные и иные исследования
(перед школой) 7 лет	Педиатр, Невролог, Детский стоматолог Офтальмолог, Оториноларинголог	Общий анализ крови, Общий анализ мочи
8 лет	Педиатр, Детский стоматолог	
9 лет	Педиатр, Детский стоматолог	
10 лет	Педиатр, Невролог, Детский стоматолог Детский эндокринолог, Травматолог-ортопед, Офтальмолог	Общий анализ крови, Общий анализ мочи
11 лет	Педиатр, Детский стоматолог	
12 лет	Педиатр, Детский стоматолог	
13 лет	Педиатр, Офтальмолог.	Общий анализ крови, Общий анализ мочи Исследование уровня глюкозы в крови
14 лет	Педиатр, Детский стоматолог, Детский уролог-андролог Акушер-гинеколог Психиатр подростковый	
15 лет	Педиатр, Детский хирург, Детский стоматолог, Детский уролог-андролог, Детский эндокринолог Невролог, Травматолог-ортопед, Офтальмолог, Оториноларинголог, Акушер-гинеколог, Психиатр подростковый	Общий анализ крови, Общий анализ мочи Электрокардиография Флюорография легких, Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное), Ультразвуковое исследование почек
16 лет	Педиатр, Детский хирург, Детский стоматолог Детский уролог-андролог, Детский	Общий анализ крови, Общий анализ мочи Флюорография легких

	эндокринолог Невролог, Травматолог-ортопед, Офтальмолог Оториноларинголог, Акушер- гинеколог Психиатр подростковый	
17 лет	Педиатр, Детский хирург, Детский стоматолог Детский уролог-андролог Детский эндокринолог, Невролог, Травматолог-ортопед, Офтальмолог, Оториноларинголог Акушер-гинеколог, Психиатр подростковый	Общий анализ крови, Общий анализ мочи Флюорография легких

О сроках проведения медицинских осмотров будет сообщено заранее, через классных руководителей.

Второе информированное согласие - на постановку прививок Вашему ребенку, в соответствии с национальным календарем прививок.

Вид вакцины	Сроки вакцинации	Сроки ревакцинации		
		1	2	3
Против вирусного гепатита В	I в первые 12 часов жизни II один месяц III шесть месяцев	при показаниях		
Против вирусного гепатита А	Одна прививка	Через 6-12 месяцев		
Против туберкулёза БЦЖ	В родильном доме (3 – 7 дней)	При отрицательной реакции Манту 7 лет		
Против полиомиелита ОПВ	3 месяца (трехкратно, с интервалом 1,5 месяца)	18 месяцев	20 месяцев	
Против коклюша, дифтерии, столбняка АКДС	3 месяца (трехкратно, с интервалом 1,5 месяца)	18 месяцев		
Против дифтерии, столбняка АДСМ			7 лет	14 лет
Против кори ЖКВ	12 месяцев	6 лет		
Против паротита ЖПВ	12 месяцев	6 лет		
Против краснухи	12 месяцев	6 лет	13 лет	
Против клещевого энцефалита	I II через месяц (5 мес. Москва)	9-12 месяцев	Каждые 3 года	
Реакция Манту (Диаскинтест)	Ежегодно – 1 раз в год			
Грипп	Ежегодно – 1 раз в год (в осенний период)			

При отказе, от каких – либо прививок, просьба в бланке прописать название прививки, и сроки отказа.

№ 1

**Информирование добровольное согласие
на медицинское вмешательство**

Я, _____
являясь _____
законным _____
представителем _____
несовершеннолетнего _____
проживающего _____
по _____
адресу: _____

_____ на основании ст. 20 ФЗ РФ от 21.11.2011 2323-ФЗ «Об охране здоровья граждан» даю согласие на проведение следующих медицинских вмешательств в зависимости от возрастного периода:

профилактический медицинский осмотр специалистами: хирург, невролог, оториноларинголог, окулист, травматолог-ортопед, педиатр, стоматолог, психиатр, эндокринолог, акушер-гинеколог, уролог-андролог;

обследование в рамках профилактических осмотров: общий анализ крови, сахар крови, общий анализ мочи, ЭКГ, УЗИ брюшной полости, сердца, щитовидной железы, репродуктивной системы, флюорография

доврачебные манипуляции: измерение роста, веса, АД, термометрии, осмотр на педикулез, чесотку;
Отказываюсь: _____

В случае отказа от предложенных профилактических мероприятий ответственность за здоровье ребёнка несёт его родитель или законный представитель (ст. 63, 64, 65 Семейного Кодекса РФ) Медицинский осмотр представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на выявление патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития.

Профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних проводятся в установленные возрастные периоды в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, а также в целях формирования групп состояния здоровья и выработки рекомендаций для несовершеннолетних.

Предварительные медицинские осмотры несовершеннолетних проводятся при поступлении в образовательные учреждения в целях определения соответствия учащегося требованиям к обучению.

Периодические медицинские осмотры несовершеннолетних проводятся в целях динамического наблюдения за состоянием здоровья учащихся, своевременного выявления начальных форм заболеваний, ранних признаков воздействия вредных и (или) опасных факторов учебного процесса на состояние их здоровья и выявления медицинских противопоказаний к продолжению учебы.

В доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что перед осуществлением медицинского вмешательства я имею право отказаться от медицинского вмешательства.

Я подтверждаю своей подписью, что прочитал(а) и понял(а) всё вышеизложенное.

Подпись представителя ребёнка мать _____ / _____ /

отец _____ / _____ /

Подпись медработника _____ / _____ /

**№ 2 ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМАЦИОННОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ДЕТЯМ ИЛИ ОТКАЗА ОТ НИХ**

1. Я, нижеподписавшийся (аяся)

(ФИО родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет,

_____,
несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет)

года рождения

(указывается год рождения несовершеннолетнего)

настоящим подтверждаю то, что проинформирован (а) врачом:

а) о том, что профилактическая прививка – это введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням;

б) о необходимости проведения профилактической прививки, возможных поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее;

в) о медицинской помощи при проведении профилактических прививок включающий обязательный медицинский осмотр несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет перед проведением прививки, который входит в Программу государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи и предоставляется в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно;

г) о выполнении предписаний медицинских работников.

2. Я проинформирован (а) о том, что в соответствии с пунктом 2 статьи 5 федерального закона от 01 сентября 1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» отсутствие профилактических прививок влечет:

а) запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок;

б) временный отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;

в) отказ в приеме граждан на работу или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями (Постановление Правительства Российской Федерации от 15 июля 1999 г. № 825 «Об утверждении перечня работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок»).

добровольно соглашаюсь на проведение прививок

ИЛИ добровольно отказываюсь от проведения прививок _____

несовершеннолетнему _____

(указывается фамилия, имя, отчество и год рождения несовершеннолетнего)

Я, нижеподписавшийся (аяся) _____,

(ФИО родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет)

Дата _____

(подпись)

Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением профилактических прививок несовершеннолетнему, и дал ответы на все вопросы.

Врач _____

(фамилия, имя, отчество)

Дата _____

(подпись)

Основной целью медицинского кабинета является реализация медико-социальных мероприятий, учитывающих специфические особенности детей, в т.ч. подросткового возраста, и направленных на сохранение и укрепление здоровья детей и подростков, профилактику и снижение заболеваемости, формирование потребности в здоровом образе жизни.

**Школьный врач не ведет прием больных
детей, а оказывает неотложную, экстренную
медицинскую помощь.**

НЕ ОТПРАВЛЯЙТЕ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ В ШКОЛУ!

По всем вопросам обращаться в медицинскую службу школы по адресу:
ул. К. Маркса 67, 1 этаж.

Рабочий телефон (с 9:00 до 15:30): +79292134218

Время работы: ПН. – ПТ. с 9:00 - 15:30 СБ, ВС – выходной.

Врач школы: Додина Наталья Викторовна