

**Информированное добровольное согласие на виды
медицинских вмешательств, при получении специализированной 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 _____ № _____, _____

выдан « _____ » _____ 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 _____ № _____, _____

выдан « _____ » _____ 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 Ф3 от 21.11.2011 N 323 «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации», приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.03.2016г. №134н, занимаясь спортом на спортивно-оздоровительном, начальной подготовки, тренировочном, совершенствовании спортивного мастерства, высшего спортивного мастерства (нужное подчеркнуть) этапе спортивной подготовки, даю информированное добровольное согласие на проведение мне (представляемому) текущих, этапных, предсоревновательных медицинских осмотров, врачебно-педагогических наблюдений, углубленного медицинского обследования (далее – УМО) с целью получения мною (представляемым) медицинского заключения об отсутствии (наличии) медицинских противопоказаний к тренировочному процессу и соревновательной деятельности по виду спорта _____ (указать), со сроком действия не более 1 года в соответствии с приказом Минздравсоцразвития РФ от 2 мая 2012 г. N 441н "Об утверждении Порядка выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 мая 2012 г., регистрационный N 24366), а также с целью получения мною (представляемым) медицинских рекомендаций, связанных с моей (представляемым) тренировочной и соревновательной деятельностью.

-Я получил(а) полные и всесторонние разъяснения о целях и задачах предстоящих медицинских обследований в объемах, предусмотренных Приказом Минздрава РФ от 01.03.2016 №134н «О порядке 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»:

1. Антропометрические исследования.

2. Термометрию.

3. Инструментальные неинвазивные методы диагностики – электрокардиографию, электрокардиографию с физической нагрузкой, спирографию, по назначению врача суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, пикфлоуметрия, эргоспирометрия, PWC 170, велоэргометрию, электроэнцефалография, рентгенологические, ультразвуковые исследования, магнитно-резонансная томография.

4. Осмотры профильными специалистами согласно программе углубленного медицинского обследования (индивидуальному плану медицинского осмотра).

5. Лабораторные методы диагностики - общий, биохимический, иммунологический, гормональный, коагулологический, серологический анализ крови (включая исследования на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы), общий анализ мочи;

-Необходимость других методов обследования будет мне разъяснена дополнительно

- Я предоставил(а) врачу(ам) достоверную информацию (сведения) о моей (представляемого) спортивной деятельности, общей характеристике тренировочных нагрузок, соотношении дней тренировок и отдыха, кратности, длительности, объеме и интенсивности моих (представляемого) тренировок, переносимости мною (представляемого) тренировочных нагрузок, участии мною (представляемым) в спортивных соревнованиях и динамике моих (представляемого) спортивных результатов (достижений), наличии признаков у меня (представляемого) состояний переутомления, перенапряжения, перетренированности, 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 связанных с занятиями спортом, об аллергических реакциях, непереносимости лекарственных препаратов, о перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, 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 понятию 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 поняты 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. N 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 (ненужное зачеркнуть)

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

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

Настоящее согласие дано мной _____
дата

Подпись пациента _____

Расписался в моем присутствии:

Врач _____
(должность Ф.И.О)

_____ (подпись)