Приложение № 32

к приказу от 15.06.2022г. № 297/22-ос

 **Информированное добровольное согласие**

**на виды медицинских вмешательств при получении специализированной медико-санитарной помощи**

**в ГАУЗ ТО «Многопрофильный консультативно-диагностический центр»**

**спортсменов спортивной сборной команды Тюменской области**

**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 ФЗ от 21.11.2011 N 323 «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации», приказа Министерства здравоохранения РФ от 23.10.2020г. №1144н, занимаясь спортом на этапе начальной подготовки, тренировочном этапе, совершенствовании спортивного мастерства, высшего спортивного мастерства (нужное подчеркнуть), 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 о допуске к участию в физкультурных и спортивных мероприятиях по виду спорта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать) со сроком действия не более 6 месяцев, 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 23.10.2020 №1144н «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, термометрию.

2. Инструментальные неинвазивные методы диагностики – электрокардиографию, электрокардиографию с физической нагрузкой, спирографию, по назначению врача суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, пикфлуометрию, PWC 170, велоэргометрию, рентгенологические, ультразвуковые исследования, неинвазивные исследования органов слуха, нервной системы.

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

4. Лабораторные методы диагностики - общий, биохимический, иммунологический, гормональный, коагулогический, 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.

**Я 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 поставил(а) в известность врача** спортивной сборной команды о всех случаях самостоятельного обращения в медицинские учреждения за медицинской помощью при наличии документов, подтверждающих статус спортсмена спортивной сборной команды Тюменской области.

**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 получил (а) полные и всесторонние разъяснения** по поводу назначения лекарственных препаратов, поливитаминных комплексов, биологически активных добавок, применяемых в процессе медико-фармакологической поддержки спортивной подготовки и лечения, c учетом требований Всемирного антидопингового агентства.

**Я согласен(а) на применение лекарственных** препаратов, медицинских изделий, поливитаминных комплексов, биологически активных добавок, которые предлагаются врачом спортивной сборной команды Тюменской области, и понимаю, что лекарственные препараты, принимаемые мною должны соответствовать антидопинговым требованиям.

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

Мои персональные данные, информацию о состоянии моего здоровья и функциональных возможностях моего организма, другую информацию, полученную в результате данного медицинского обследования, необходимую для корректировки моего тренировочного процесса и составления индивидуальной программы моей спортивной подготовки, РАЗРЕШАЮ ПЕРЕДАВАТЬ И ОБРАБАТЫВАТЬ, без последующего запроса на использование и уведомление сторон:

- тренерскому составу и руководству моей спортивной федерации;

- медицинским работникам ГАУЗ ТО «Многопрофильный консультативно-диагностический центр»;

- медицинским организациям, подведомственным Департаменту здравоохранения Тюменской области при оказании первичной медико-санитарной помощи и специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи;

- ФГБУ ФНКЦСМ ФМБА России;

- Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Тюменской области.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 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), в том числе после смерти.

(Ф,И,О(при наличии) гражданина, контактный телефон)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Ф,И,О(при наличии) гражданина, контактный телефон)

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

(подпись) Ф.И.О.(при наличии) гражданина или законного представителя, контактный телефон

**Дополнительно информирую, что я: согласен(а)□ не согласен(а)□**

на передачу моих персональных данных, информации о состоянии моего здоровья и функциональных возможностях моего организма, другой информации, полученной в результате данного медицинского обследования, в спортивные клубы или иные физкультурно-спортивные организации по командным видам спорта, с которыми у меня заключен трудовой договор.

"\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Расписался в моем присутствии

Ф.И.О. и должность врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_