

УВАЖАЕМЫЕ РОДИТЕЛИ И ОБУЧАЮЩИЕСЯ!

Одна из основных задач медицинской службы Университетской гимназии МГУ – сохранить и укрепить здоровье обучающихся. Для успешного ее выполнения нам необходимо знать особенности здоровья ребенка. Вы можете нам помочь, ответив на ряд вопросов.

Просим Вас отвечать максимально честно – эта информация важна для понимания и учета потребностей ребенка в психическом и физическом развитии, а также для установки диагноза и своевременного принятия правильного тактического решения, направленного на сохранение здоровья ребенка.

ФИО ребенка полностью _____

Дата рождения _____

ФИО законного представителя и его контактный номер телефона _____

ФИО контактного лица на случай отсутствия возможности связаться с законным представителем и его контактный номер телефона _____

- Какими инфекционными заболеваниями болел Ваш ребенок (нужное подчеркнуть):

Корь Скарлатина Краснуха Инфекционный мононуклеоз

Коклюш Ветряная оспа Паротит (свинка)

Коронавирусная инфекция

- Имеются ли в настоящее время у Вашего ребенка следующие заболевания и состояния (нужное подчеркнуть)?

Вегетососудистая дистония

Бронхиальная астма

Склонность к носовым кровотечениям (если да – указать, что провоцирует и частоту)

Бывают ли у вашего ребёнка головные боли, если да, то как часто, что провоцирует, чем купируется головная боль.

Склонность к обморокам (если да – указать, что провоцирует их частоту)

Анемия

Эпилепсия

Сахарный диабет (инсулинзависимый/инсулиннезависимый)

Повышенное артериальное давление (если да – указать цифры) _____

Онкологические заболевания (если да – указать, какое) _____

Нарушение обмена веществ (если да - указать, какое) _____

Лактозная недостаточность

Непереносимость глютена

Переносил ли Ваш ребенок какие-либо операции? Если да, укажите, какие.

Аппендэктомия

Тонзиллэктомия (удаление миндалин)

Другие (какие) _____

- Другие заболевания и состояния, о которых Вы считаете необходимым сообщить:

- Имеется ли у Вашего ребенка аллергия или непереносимость отдельных видов продуктов, лекарств, иных веществ? Если да, перечислите, пожалуйста, аллергены и как именно проявляется аллергия:

- Какие лекарственные препараты, с какой частотой и в связи с чем принимает Ваш ребенок на постоянной основе:

- Какие травмы имелись у Вашего ребенка?

- Имеются ли у Вашего ребенка ограничения по физической нагрузке в связи с травмами или заболеваниями?

- Умеет ли ребенок плавать? _____
- Занимается ли Ваш ребенок спортом? Если да, то указать, каким?

- Какие особенности характера имеются у Вашего ребенка?

- Какие особенности сна и режима дня имеются у Вашего ребенка?

« _____ » _____ 2023 г. _____ / _____ /
подпись *расшифровка*

БЛАГОДАРИМ ВАС ЗА ОКАЗАННУЮ ПОМОЩЬ!

**Информированное добровольное согласие на виды
медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных
видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают
информированное добровольное согласие при выборе врача
и медицинской организации для получения первичной
медико-санитарной помощи**

Я, _____

Ф.И.О. полностью, дата рождения

являюсь родителем (законным представителем) ребенка

_____ Г.Р.,

Ф.И.О. полностью, дата рождения

обучающегося Университетской гимназии (школа-интернат) МГУ им. М.В. Ломоносова,
паспорт (данные родителя/законного представителя): серия _____ № _____,
выданный _____

адрес регистрации: _____

фактический адрес: _____

контактный телефон: _____

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее - Перечень):

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Медицинский массаж,

для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Университетской гимназии МГУ.

Медицинским работником Университетской гимназии МГУ в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 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 лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть).

(подпись)

(Ф.И.О. родителя/законного представителя ребенка)

**Информированное добровольное согласие
на лечебную (диагностическую) манипуляцию (процедуру)**

Я, _____,

Ф.И.О. полностью, дата рождения

являясь родителем (законным представителем) ребенка

Ф.И.О. полностью, дата рождения

_____ г.р., обучающегося Университетской гимназии
(школа-интернат) МГУ им. М.В. Ломоносова,

паспорт (данные родителя/законного представителя): серия _____ № _____,
выданный _____

адрес регистрации:

фактический адрес:

контактный телефон:

даю информированное добровольное согласие на экспресс тестирование на COVID-19 путем осуществления забора мазок/капиллярной крови моего ребенка медицинскими работниками на территории Университетской гимназии (школы-интерната) МГУ им. М.В. Ломоносова

Мне разъяснено и понятно, что в настоящее время происходит глобальное распространение, сохраняющаяся угроза завоза и распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-2019) на территории Российской Федерации и в городе Москве. Я получил(а) информацию, что данная диагностическая процедура будет оказываться в целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения города Москвы в соответствии с требованиями законодательства РФ: ФЗ от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; ФЗ от 30.03.1999 №52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»; Временными методическими рекомендациями Минздрава РФ по профилактике, диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции Covid-19 (действующая редакция на момент тестирования). Я поставлен(а) в известность, что указанная диагностическая процедура оказывается в целях диагностики коронавирусной инфекции, определения наличия/отсутствия специфических антител.

Принцип тестирования основан на том, что инфицирование вирусом SARS-CoV-2 стимулирует выработку иммунного ответа у пациента – появление специфических антител: анти-SARS-CoV-2. Экспресс-тестирование позволяет получить качественный результат – обнаружены или не обнаружены специфические антитела определенного класса.

(подпись)

(Ф.И.О. родителя/законного представителя ребенка)

Директору
Университетской гимназии
(школа-интернат)
МГУ имени М.В. Ломоносова
А.В. Леонтовичу

от _____

(ФИО родителя /законного представителя)

Уведомляю, что мой сын (дочь) _____

(ФИО ребенка, дата рождения)

обучающийся(ая) _____ профиля Университетской гимназии МГУ, не имеет установленного диагноза заболевания, вызванного новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), не находится и не находился в течение последних 14 календарных дней в контакте с больными COVID-19, в том числе в течение последних 14 календарных дней не проживал и не посещал жилое помещение, где по данным Управления Роспотребнадзора находился (находится) в режиме изоляции больной COVID-19.

Я уведомлен(-а), что сообщение мною недостоверных сведений о состоянии здоровья моего ребенка, его контактах и эпидокружении, может повлечь риски для здоровья третьих лиц, в том числе возникновение массового очага заболевания, представляющего опасность для окружающих.

Я предупрежден(-а) об уголовной ответственности, предусмотренной ст. 236 УК РФ: ч.1 – нарушение санитарно-эпидемиологических правил, повлекшее по неосторожности массовое заболевание или отравление людей, либо создавшее угрозу наступления таких последствий наказывается штрафом в размере от пятисот тысяч до семисот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от одного года до восемнадцать месяцев, либо ограничением свободы на срок до двух лет, либо принудительными работами на срок до двух лет, либо лишением свободы на тот же срок; ч.2 - то же деяние, повлекшее по неосторожности смерть человека, наказывается штрафом от одного миллиона до двух миллионов рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от одного года до трех лет, либо ограничением свободы на срок от двух до четырех лет, либо принудительными работами на срок от трех до пяти лет, либо лишением свободы на тот же срок; ч.3 – то же деяние, повлекшее по неосторожности смерть двух или более лиц, наказывается принудительными работами на срок от четырех до пяти лет либо лишением свободы на срок от пяти до семи лет.

« _____ » _____ 2023 г. _____ / _____ /

(подпись)

(расшифровка)

Директору
Университетской гимназии МГУ
Леонтовичу А.В.

от _____
(фамилия, инициалы родителя (законного представителя))

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя))

родитель/законный представитель _____,
(нужное подчеркнуть) (фамилия, имя, отчество обучающегося)

обучающегося _____ класса _____ профиля,

настоящим подтверждаю, что мой сын/моя дочь/подопечный
(нужное подчеркнуть)

- обладает необходимыми навыками плавания
- не обладает необходимыми навыками плавания

и прошу разрешить ему/ей

- посещение бассейна на общих основаниях
- посещение бассейна в группе по обучению плаванию

(дата)

(подпись)

(расшифровка)