

ГАУЗ СО «ВФД г. Нижний Тагил»

**Порядок и объем оказания медицинской помощи лицам,
занимающимся физической культурой и спортом**

(согласно приказу Министерства здравоохранения и социального развития
Российской Федерации № 1144н от 23 октября 2020 г.)

1. Медицинский осмотр (обследование) для допуска к занятиям физической культурой и спортом и к участию в соревнованиях:

- Осмотр врачами-специалистами: врачом по спортивной медицине и лечебной физкультуре, неврологом, оториноларингологом, офтальмологом, ортопедом-травматологом, стоматологом, хирургом, педиатром (по возрасту). Необходимость консультации других специалистов объясняется дополнительно.

- Функционально-диагностические исследования: клинический анализ крови, клинический анализ мочи, электрокардиография с дополнительными стандартными нагрузками; функциональные пробы сердечнососудистой, дыхательной, нервной систем; антропометрическое обследование, вестибулометрия (по показаниям), аудиометрия (по показаниям), велоэргометрия (по показаниям), спирография (по показаниям). Необходимость других методов обследования объясняется дополнительно.

- Назначение необходимых лечебно-восстановительных процедур: медикаментозных, физиотерапевтических, лечебной физкультуры, массажа, санации зубов.

- проведение текущего медицинского наблюдения за спортсменами и этапных медицинских обследований спортсменов;

- проведение врачебно-педагогических наблюдений в процессе спортивной тренировки или занятий физической культурой.

- допуск к соревнованиям спортсменов - участников соревнований;

- оказание первичной медико-санитарной помощи участникам соревнований.

Ознакомлен _____ «___» _____ г.

**Информированное добровольное согласие на
медицинское вмешательство**

Я _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
«___» _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
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 - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ГАУЗ СО «Врачебно-физкультурный диспансер город Нижний Тагил» Медицинским работником _____

_____ (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)
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 выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (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), в том числе после смерти:

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Тренер _____ **Мед. работник** _____
(Ф.И.О. тренера, медицинского работника)

_____ (подпись) _____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя)

«___» _____ г.