

Информированное добровольное согласие на медицинское обследование члена спортивной сборной команды Российской Федерации

_____ (название спортивной команды, название федерации)

Я _____ (фамилия, имя, отчество, год рождения)
проживающий(ая) по адресу: _____

Документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ номер _____ выдан _____
(дата выдачи и название выдавшего органа)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет:

Я, _____,
паспорт _____ выдан _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка

_____ (Ф.И.О. ребенка полностью, год рождения)

На основании Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации» и Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»: Я получил(а) полные и всесторонние разъяснения в соответствии с планом УМО о целях и задачах предстоящего медицинского обследования в следующих объемах, предусмотренных Приказом Минздрава России от 23.10.2020 № 1144н «Об утверждении порядка организации оказания 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» (ГТО)» и форм медицинских заключений о допуске к участию физкультурных и спортивных мероприятиях»:

- антропометрия;
- лабораторные методы диагностики - общий, биохимический, иммунологический, гормональный, коагулологический, серологический анализ крови (включая исследования на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы), группа крови, резус-фактор; клинический анализ мочи; забор биоматериала: эпителиальный соскоб уретры/цервикального канала;
- инструментальные неинвазивные методы диагностики: электрокардиография, эхокардиография, стресс-эхокардиография, холтеровское мониторирование, суточное мониторирование артериального давления, компьютерная спирография, нагрузочное тестирование, рентгенологические, ультразвуковые исследования, магнитно-резонансная и компьютерная томография;
- осмотры профильными специалистами (врач по спортивной медицине, акушер-гинеколог, дерматовенеролог, кардиолог, медицинский психолог, невролог, оториноларинголог, офтальмолог, стоматолог, терапевт/педиатр (по возрасту), травматолог-ортопед, хирург, уролог, эндокринолог (по медицинским показаниям));
- исследование психоэмоционального статуса;
- скрининг на наличие сердечно-сосудистых заболеваний (опросники и протоколы);
- оценка наследственных факторов риска с помощью опросников;

- генетический анализ наследственных факторов риска.

- Необходимость других методов обследования будет мне разъяснена дополнительно.

Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или непереносимости лекарственных препаратов, о перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

Я согласен(а) на осмотр другими медицинскими работниками в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны;

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;
- ФГБУ ФНКЦСМ ФМБА России;
- Управлению спортивной медицины и цифровизации ФМБА России;
- ФГБУ «ЦСП».

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, а также выбранном (выбранных) мною лице (лицах), в том числе после смерти:

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

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

" ____ " _____ 20__ года.

Подпись _____

Расписался в моем присутствии

Ф.И.О. и должность врача _____ (подпись) _____