

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 _____
(реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя)

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 ФМБА России от 08.09.2023 № 178 «Об утверждении порядка организации медико-биологического обеспечения спортсменов спортивных сборных команд Российской Федерации»:

- антропометрия; тест биоимпедансного анализа тела;
- лабораторные методы диагностики - анализы крови: клинический, биохимический, гормональный, коагулологический, иммунологический, серологический (включая исследования на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы); группа крови и резус-фактор; клинический анализ мочи; забор биоматериала: эпителиальный соскоб уретры/цервикального канала;
- инструментальные неинвазивные методы диагностики: ЭКГ, ЭхоКГ, холтеровское мониторирование, компьютерная спирография, нагрузочное тестирование, рентгенография легких (с 15 лет), УЗИ внутренних органов, МРТ;
- осмотры профильными специалистами (врач по спортивной медицине, врач-акушер-гинеколог, врач-дерматовенеролог, врач-кардиолог, медицинский психолог/психотерапевт, врач-невролог, врач-оториноларинголог, врач-офтальмолог, врач-стоматолог, врач-терапевт/врач-педиатр (по возрасту), врач-травматолог-ортопед, врач-хирург, врач-уролог);
- исследование психоэмоционального статуса (в рамках осмотра медицинского психолога/психотерапевта);
- скрининг на наличие сердечно-сосудистых заболеваний (опросники и протоколы);
- оценка наследственных факторов риска с помощью опросников.

- Необходимость других методов обследования и консультаций врачей-специалистов по медицинским показаниям 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 учебно-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 НЦСМ ФМБА России;
- Управлению спортивной медицины 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) _____