

# ПАМЯТКА

Организация, проводящая осмотр - Лечебно-оздоровительный реабилитационный институт, лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-77- 01-020651 от 28.10.2020 г.

Адрес места прохождения УМО - 119180 Москва, ул. Большая Полянка, д 51А/9, этаж 2

Контактный телефон Института – 8(495)475-55-75

Ответственный за прохождение Осмотра участниками МССИ, представитель Института – Аксёнова Мария Сергеевна – 8 (916) 938-64-28

Услуга - Проведение Углубленного Медицинского Осмотра для участников Московских студенческих спортивных игр, в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 23 октября 2020 г. N 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 в физкультурных и спортивных мероприятиях" (Начальный этап подготовки).

Стоимость услуги – 1500 руб./человек.

Перечень услуг:

<b>Врачи-специалисты</b>	<b>Клинико-лабораторные и функционально-диагностические методы обследования</b>	<b>Примечание</b>
Педиатр или терапевт (по возрасту) в случае установления I или II группы здоровья.	Определение группы здоровья по результатам профилактического медицинского осмотра или диспансеризации, объем которых установлен приказами Минздрава России.	По медицинским показаниям проводятся дополнительные консультации врачей-специалистов, функционально-диагностические и лабораторные исследования.
Врач по спортивной медицине	Дополнительно проводимые программы нагрузочного тестирования с целью выявления жизнеугрожающих состояний и имеющихся патологических изменений для допуска лиц с установленной первой или второй группой здоровья к некоторым видам спорта, программа которых включает повышенные нагрузки и соответствующие риски для здоровья (согласно раздела II настоящего приложения, графы «тренировочный этап»). Определение допуска к занятиям	Программа медицинского осмотра для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья может изменяться в зависимости от вида нарушения здоровья в части проведения функциональной диагностики,
Врач по спортивной медицине (в случае установления III или IV группы здоровья)	Антропометрия Скрининг на наличие сердечно-сосудистых заболеваний, оценка наследственных факторов риска (опросники и протоколы). Электрокардиография (далее - ЭКГ)	

	<p>Эхокардиографическое исследование (далее - ЭхоКГ) по медицинским показаниям Стресс-ЭхоКГ(под нагрузкой) по медицинским показаниям  Оценка реакции организма на физическую нагрузку с целью выявления жизнеугрожающих состояний и имеющихся патологических изменений  Определение допуска к занятиям</p>	<p>нагрузочных проб и специфики обследований у врачей-специалистов.  Выбор и содержание методов обследования определяются индивидуальными особенностями организма, наличием хронических, рецидивирующих заболеваний и рядом других факторов риска, спецификой типа физической активности. У лиц с интеллектуальными нарушениями при наличии показаний могут проводиться дополнительные консультации врача-психиатра.</p>
--	--	--

Представитель команды обязан направить в МРО РССС (адрес электронной почты - info@mrsss.ru) заполненную Заявку (Приложение №1).

После согласования с Институтом МРО РССС сообщает представителю команды дату и время прохождения УМО.

## ВНИМАНИЕ!

Перед прохождением УМО необходимо иметь при себе заполненные документы и предоставить в клинику:

1. Добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств;
2. Согласие студента на обработку персональных данных и передачу сведений, составляющих врачебную тайну;
3. «Анкету пациента».

Явится на обследование в назначенный Институтом срок;

Перед сдачей биологического материала (за 4 часа до исследования необходимо не есть твердую пищу, не пить воду, не курить и не пить алкоголь);

В Клинике обязательное соблюдение мер безопасности и обеспечить соблюдение ими таких мер (маски, перчатки, социальная дистанция);

Иметь при себе – паспорт гражданина РФ, полис ОМС, светокпии паспорта (страница с личными данными и страница с данными регистрационного учета), светокпии полиса ОМС.

По результатам проведенного осмотра, Клиника выдает на имя каждого студента:

1. Справку о допуске к занятию видом спорта \_\_\_\_\_ и участию в Московских студенческих спортивных играх установленной формы, либо;

2. Отказ в допуске к занятию видом спорта \_\_\_\_\_ и участию в Московских студенческих спортивных игр, либо;

3. Направление и/или рекомендации по прохождению дополнительного осмотра и дополнительных исследований (включая, но не ограничиваясь дополнительными лабораторными исследованиями) в зависимости от состояния здоровья, выявленного при прохождении осмотра.

В любом, из перечисленных случаев, услуги считаются оказанными надлежащим образом.

Пациент соглашается, что Институт несёт ответственность исключительно в рамках проведённых осмотров и не отвечает за обстоятельства и/или последствия, которые возникли за пределами проведённых осмотров, возникли или могли возникнуть до или после проведения осмотров, если Институту были сообщены недостоверные или заведомо ложные сведения о состоянии здоровья студентов до или во время проведённых осмотров и такие сведения не могли быть выявлены при проведении осмотров в рамках выполнения Институтом осмотра пациента.

ЗАЯВКА

На проведение УМО для участников Московских студенческих спортивных игр  
Период проведения: ( \_\_\_\_\_ ) 2021г.

№	Ф.И.О.	Дата рождения	Адрес проживания	Вид спорта	Категория	Спортивный разряд

\*Сканы паспортных данных (первая страница и прописка) предоставляются во время взятия биоматериала на исследование.

Подпись представителя команды \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Дата составления \_\_\_\_\_

Приложение N 2  
к приказу  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 20 декабря 2012 г. N 1177н  
(в ред. приказа Минздрава России  
от 10 августа 2015 г. N 549н)

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. гражданина)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

\_\_\_\_\_ (адрес места жительства 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. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее -Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в \_\_\_\_\_ .ООО «ЛОРИ»

\_\_\_\_\_ (полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. 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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст.6724; 2012, N26, ст.3442, 3446). 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 лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. медицинского работника)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)

Согласие студента (спортсмена) на обработку персональных данных  
и передачу сведений, составляющих врачебную тайну

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. обследуемого)

паспорт: серия \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_,  
зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

(адрес регистрации)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" настоящим подтверждаю свое согласие на обработку уполномоченными сотрудниками Медицинской организации моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, место рождения, дата рождения, гражданство, место и дата регистрации, место жительства, адрес проживания, данные (реквизиты) документа, удостоверяющего личность (паспорта), адрес электронной почты, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС при наличии), СНИЛС, данные о состоянии моего здоровья (включая в том числе, но неисключительно, анамнез, диагноз), случаях обращения за медицинской помощью, перечень, срок и объем оказанной медицинской помощи и иные персональные данные, обрабатываемые в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, а также в целях осуществления учета и контроля в системе обязательного и добровольного медицинского страхования, проведения контроля качества и безопасности медицинских услуг (далее - Персональные данные). Предоставляю Медицинской организации право осуществлять все действия (операции) с моими Персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Медицинская организация вправе обрабатывать мои Персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных. Предоставляю право Медицинской организации передавать Принциалу, а также \_\_\_\_\_ ответственному представителю Принципала:

(Ф.И.О., контактный телефон)

мои Персональные данные и информацию о состоянии моего здоровья, включая результаты лабораторных исследований, в рамках исполнения Договора. Настоящее согласие действует Бессрочно. Спортсмены вправе отозвать свое согласие на обработку Персональных данных посредством передачи Медицинской организации под расписку соответствующего письменного заявления на бумажном носителе. Я проинформирован, что результаты лабораторных исследований будут переданы Медицинской организацией ответственному представителю Принципала, указанному в настоящем согласии. При передаче результатов лабораторных исследований Принциалу Медицинская организация не несет ответственности в случае возможного нарушения конфиденциальности передаваемой информации со стороны Принципала.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ 2021 г.

## АНКЕТА ПАЦИЕНТА

(заполняется совершеннолетними пациентами собственноручно)

ФИО , год рождения \_\_\_\_\_

Перечислите Ваши хронические заболевания : \_\_\_\_\_

Находились ли Вы на лечении в стационаре ( если да, то когда и с каким заболеванием)

Были ли операции ( ДА/НЕТ ) \_\_\_\_\_

Принимаете ли Вы какие либо препараты / постоянно лекарственные препараты ( ингаляторы, таблетки), если «ДА», то какие (наименование и дозировка):

Состоите ли Вы на учете у какого либо врача: \_\_\_\_\_

Предъявляете ли Вы жалобы на :

- |   |         |
|---|---------|
| - частые головные боли, головокружения (нужное подчеркнуть) | ДА/НЕТ  |
| -сердцебиения, дискомфорт в области сердца                  | ДА/НЕТ  |
| -были ли потери сознания                                    | ДА/НЕТ  |
| - жалобы на быструю утомляемость                            | ДА/НЕТ  |
| ОРВИ за последний месяц :                                   | ДА /НЕТ |

Настоящим подтверждаю, что сообщенные мною сведения о наличии или отсутствии заболеваний являются полными и отражают фактическое состояние здоровья известные мне на «\_\_»\_\_\_\_\_ 2021г.

Так же подтверждаю отсутствие таких заболеваний, как: сахарный диабет, эпилепсия, бронхиальная астма, онкологические и психические заболевания.

*Обращаем внимание, что данные, представленные в данной анкете и подтвержденные подписью лица, заполнившего анкету, являются официальными, и используются врачами для выдачи медицинского заключения. Так же, обращаем внимание, что данная анкета заполняется только лицом, проходящим осмотр самостоятельно, а не тренером или другими лицами !*

Число \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_ контактный номер \_\_\_\_\_