

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на ВИДЫ МЕДИЦИНСКИХ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ, КОТОРЫЕ МОГУТ ОКАЗЫВАТЬСЯ ДЕТЯМ в МБУ ДОЛ «ОРЛЁНОК»,
при получении первичной медико-санитарной помощи**

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя ребёнка)

« ____ » _____ 20 ____ года рождения, проживающего по адресу : _____

(адрес гражданина, одного из родителей, иного законного представителя ребёнка)

даю информированное согласие на **возможные виды медицинских вмешательств**, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при получении первичной медико-санитарной помощи (приказ Минздравсоцразвития РФ от 23 апреля 2012 года № 390н):

1. опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза;
2. осмотр, в том числе осмотр кожных покровов, осмотр на педикулёз, пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, не прямая ларингоскопия;
3. антропометрические исследования;
4. термометрия;
5. тонометрия;
6. неинвазивное исследование органов зрения и зрительных функций;
7. неинвазивное исследование органов слуха и слуховых функций;
8. исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы);
9. лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические;
10. рентгенологические методы обследования, в том числе рентгенография, ультразвуковое исследование;
11. введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно;
12. оказание неотложной медицинской помощи, предусмотренной возможностями оснащения медицинского блока ДОЛ «Орлёнок».

_____ « ____ » _____ 20 ____ г.

р.

(ф.и.о. ребёнка, лица от имени которого выступает законный представитель)

проживающего по адресу: _____

(адрес ребёнка, лица от имени которого выступает законный представитель)

на оказание первичной медико-санитарной помощи в _____

(наименование медицинской организации)

Медицинский работник _____

(Ф.И.О., должность медицинского работника)

Я, ознакомлена с перечнем **возможных** видов медицинских вмешательств, в доступной для меня форме даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, а также о предполагаемых результатах медицинской помощи. Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного согласия, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, включенного в перечень видов медицинских вмешательств, я имею права отказаться от одного или нескольких вышеуказанных видов медицинского вмешательства.

В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании первичной медико-санитарной помощи моему ребёнку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть)

(Ф.И.О. лиц, которым предоставляется право присутствовать при оказании первичной медико-санитарной помощи)

Подпись _____

(ф.и.о. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя)

Подпись _____

(ф.и.о. медицинского работника)

« ____ » _____ 20 ____ года (дата оформления информированного добровольного согласия)

