

**Информированное добровольное согласие
на виды медицинских вмешательств,**

включенных 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
(приказ № 390н МЗ и СР РФ от 23 апреля 2012 г.)

Я, _____

(Ф.И.О. одного из родителей, иного законного представителя)

« ____ » _____ г. рождения, проживающий по адресу:

(адрес одного из родителей, иного законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных 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 Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 г. № 390 н (зарегистрирован Минюстом России 5 мая 2012 г. № 24082) (приложение – Перечень видов медицинских вмешательств) при оказании моему ребенку:

(Ф.И.О. ребенка, от имени которого, выступает законный представитель)

« ____ » _____ г. р., учащемся в ГАОУ "Лицей Иннополис".

Я предоставляю полную информацию о состоянии здоровья моего ребенка медицинскому персоналу ГАОУ «Лицей Иннополис» о наличии у него следующих заболеваний: _____

аллергической реакции на следующие лекарственные препараты: _____

и несу ответственность за жизнь и здоровье моего ребенка в случае предоставления неполной информации о состоянии здоровья.

Я ознакомлен с Перечнем видов медицинских вмешательств, в доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, включенного в Перечень видов медицинских вмешательств, я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных видов медицинского вмешательства.

В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании первичной медико-санитарной помощи моему ребенку врача-педиатра Бойкову О.В. и медсестру Сафиуллину Р.Р.

(Подпись)

(Ф.И.О. одного из родителей, иного законного представителя)

(Подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

« ____ » _____ г.

(Дата оформления информированного добровольного согласия)

ПЕРЕЧЕНЬ
ОПРЕДЕЛЕННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ,
НА КОТОРЫЕ ГРАЖДАНЕ ДАЮТ ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ
СОГЛАСИЕ ПРИ ВЫБОРЕ ВРАЧА И МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа 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. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное измерение артериального давления, спирография.
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования.
12. Введение лекарственных препаратов внутрь по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
13. Обработка ран и наложение повязок; в том числе иммобилизирующих, наложение шин при травмах.
14. Госпитализация по медицинским показаниям в лечебные учреждения г.Казани.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.