|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |

|  |
| --- |
| **Информированное добровольное согласие****на получение первичной медико-санитарной помощи****C:\Users\fomao\Desktop\Check_Mark.pngв ГБУЗ АО «Архангельская городская детская клиническая поликлиника»**C:\Users\fomao\Desktop\Check_Mark.pngЯ,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(Ф.И.О. родителя, законного представителя)* законный представитель ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*C:\Users\fomao\Desktop\Check_Mark.png(Ф.И.О. несовершеннолетнего ребенка полностью)*C:\Users\fomao\Desktop\Check_Mark.pngдата рождения ребенка**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** годадокумент, удостоверяющий личность:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(паспортные данные родтеля, серия номер, кем и когда выдан)****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***C:\Users\fomao\Desktop\Check_Mark.pngадрес места жительства**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень, при получении первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза;2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для девочек), ректальное исследование;3. Антропометрические исследования;4. Термометрия;5. Тонометрия;6. Неинвазивные исследования органов зрения и зрительных функций;7. Неинвазивные исследования 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. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование электрокардиограммф, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцелография;11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования;12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно;13. Медицинский массаж;14. Лечебная физкультура;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 случае, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается:1) если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители (в отношении лиц, указанных в части 2 настоящей статьи);2) в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;3) в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами;4) в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления);5) при проведении судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической экспертизы.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)C:\Users\fomao\Desktop\Check_Mark.png\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C:\Users\fomao\Desktop\Check_Mark.png (подпись) (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)C:\Users\fomao\Desktop\Check_Mark.png C:\Users\fomao\Desktop\Check_Mark.pngДата оформления « » 20 г. |

 |