|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | |  | | --- | | **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**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** года  документ, удостоверяющий личность:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(паспортные данные родтеля, серия номер, кем и когда выдан)*  ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***  C:\Users\fomao\Desktop\Check_Mark.png  адрес 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 390н  1. 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. | |