ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ВИДЫ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, КОТОРЫЕ МОГУТ ОКАЗЫВАТЬСЯ ДЕТЯМ В МБУ ДОЛ «СОКОЛ», при получении первичной медико-санитарной помощи

Я,

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

« \_\_» 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 «Сокол».

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_--

«\_ » 20 г.

(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)