

Информированное добровольное согласие родителя (законного представителя)  
обучающегося на медицинское вмешательство

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф. И. О. родителя/ законного представителя)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:  
(дата рождения родителя/законного представителя)

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации родителя/законного представителя)

В отношении \_\_\_\_\_  
(Ф. И. О. ребёнка)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, проживающего по адресу:  
(дата рождения ребёнка)

\_\_\_\_\_ (в случае проживания не по месту жительства родителя/законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включённые 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, утверждённый приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 года № 390н (далее – виды медицинских вмешательств, включённых в Перечень), а именно:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования и аппаратное лечение органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования и лечение органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, вариабельность сердечного ритма.
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования (по показаниям).
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно.
13. Назначения медикаментозного лечения (по показаниям).

14. Медицинский массаж.

15. Лечебная физкультура.

16. Физиотерапия.

17. Осмотр и наблюдение педиатра, психиатра, детского эндокринолога, оториноларинголога, офтальмолога, невролога, детского стоматолога (по показаниям).

18. Проведение медицинской помощи при возникновении неотложных состояний (обработка раны, наложение повязок, промывание желудка, очистительная клизма и другое).

Для получения первичной медико-санитарной помощи лицом, родителем (законным представителем) которого я являюсь, в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении "Всероссийский детский центр "Океан", медицинским работником \_\_\_\_\_

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

(заполняется в случае личного присутствия родителя (законного представителя) при заезде ребёнка в ФГБОУ "ВДЦ "Океан") в доступной 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 случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь:

\_\_\_\_\_  
(Ф. И. О. выбранного лица, контактный телефон)

Прочим лицам информацию о состоянии здоровья ребёнка не предоставлять.

Дата: «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (фамилия, инициалы)