**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

**НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

добровольно даю информированное согласие на оказание первичной медико-санитарной помощи мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. лица, которому будет оказана медицинская помощь)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ года рождения, адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в медицинском пункте СПОРТИВНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНОГО ЦЕНТРА САНАТОРНОГО ТИПА "ВЫМПЕЛ", расположенном по адресу: 141642, Московская область, Клинский район, дер. Ширяево, д. 52 медицинским работником следующих видов медицинских вмешательств, утвержденных Приказом Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 года № 390н, а именно:

* опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза;
* осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, отоскопия;
* антропометрические исследования;
* термометрия;
* тонометрия;
* исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы);
* введение лекарственных препаратов по назначению врача.

Я поставлен(а) в известность о том, что мой ребенок (лицо, чьим законным представителем я являюсь) при наличии медицинских показаний будет доставлен в ближайшую к месту проведения программы медицинскую организацию для уточнения состояния здоровья и (или) оказания специализированной медицинской помощи.

Мне разъяснено, что в случае направления ребенка (лица, чьим законным представителем я являюсь) на стационарное лечение я буду проинформирован(а) об этом медицинским работником, либо руководителем Лагеря.

Я добровольно даю информированное согласие на оказание первичной медико-санитарной помощи мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть) в данной медицинской организации следующих видов медицинских вмешательств, утвержденных Приказом Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 года № 390н, а именно:

* опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза;
* осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, отоскопия;
* антропометрические исследования;
* термометрия;
* тонометрия;
* исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы);
* лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические;
* функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография;
* рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования;
* введение лекарственных препаратов по назначению врача.

В доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риском, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. О необходимости других методов обследования и лечения мне будет разъяснено дополнительно.

Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем моего ребенка/лица, чьи интересы я представляю, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных моим ребенком/лицом, чьи интересы я представляю и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (а) правдивые сведения об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

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 медицинской помощи моему ребенку (лицу, чьи интересы я представляю) медицинского работника, либо руководителя программы, назначенных приказом по компании.

*Дата оформления информированного добровольного согласия* «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись, Ф.И.О. гражданина/одного из родителей/иной законный представитель