**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, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

в медицинском пункте пансионата «Восток» медицинским работником, назначенным приказом по Филиалу ПАО «РКК «Энергия»- Пансионату санаторного типа «Восток», 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 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 пансионата «Восток».

Я добровольно даю информированное согласие на оказание первичной медико-санитарной помощи мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь 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.

Я знаю о методах оказания медицинской помощи и понимаю риски, связанные с их использованием, возможные варианты медицинского вмешательства и их последствия, 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.

За сокрытие достоверной информации 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 (в т.ч. в стадии ремиссии), о принимаемых лекарственных средствах, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств несу персональную ответственность.

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 ДОЛ «Восток», назначенных приказом Филиалу ПАО «РКК «Энергия» пансионату санаторного типа «Восток».

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

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

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