

**Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства для получения первичной медико-санитарной помощи при выборе врача и медицинской организации**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, законного представителя)  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
адрес гражданина, одного из родителей, законного представителя

Даю добровольное информированное согласие на медицинские вмешательства, включенные в перечень, установленный приказом МЗ РФ от 23.04.2012.№390Н, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, при оказании мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ф.И.О. ребенка, лица, от имени которого, выступает законный представитель  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу: \_\_\_\_\_  
адрес ребенка, лица, от имени которого, выступает законный представитель

первичной медико-санитарной помощи в \_\_\_\_\_  
наименование медицинской организации

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
должность, Ф.И.О. медицинского работника

я ознакомлен с установленным МЗ РФ от 23.04.2012 №390н перечнем видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, в доступной для меня форме

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций,
7. Неинвазивные исследования органа 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 артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахметрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных), фиброгастроскопия.
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.

Мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанных с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о их последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также в любое время за период оказания первичной медико-санитарной помощи в вышеуказанной медицинской организации, я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных медицинских вмешательств.

В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании медицинской помощи моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть) предоставляю:

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О. лиц, которому предоставляется право присутствовать при оказании медицинской помощи

\_\_\_\_\_  
Подпись / Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, законного представителя

\_\_\_\_\_  
Подпись / Ф.И.О. медицинского работника

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2018г.

Дата оформления добровольного информированного согласия