

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие для получения первичной медико-санитарной помощи**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя)  
даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные 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, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. No 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. No 24082) моему ребенку, лицу, законным представителем которого я являюсь \_\_\_\_\_ г. рождения,

Проживающего по адресу: \_\_\_\_\_  
**первичной медико-санитарной помощи в МАОУ «СОШ № 67 г. Челябинска» медицинским работником МБУЗ ДГП № 14 или сотрудником БСМП**

Я ознакомлен с Перечнем видов медицинских вмешательств в доступной для меня 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 г. No 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, No 48, ст. 6724; 2012, No 26, ст. 3442, 3446).

**Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие для получения первичной медико-санитарной помощи**

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. Исследования функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы)
8. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
9. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
10. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография.
11. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно.

**Перечень противопоказанных лекарственных препаратов (непереносимость, аллергическая реакция)** \_\_\_\_\_

**СОГЛАСИЕ на прохождение планового профилактического медицинского осмотра**

ДА \_\_\_\_\_

НЕТ \_\_\_\_\_