**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 «Лицей № 67 г. Челябинска» медицинским работником МБУЗ ДГП № 1 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, внутрикожно.  
**Перечень противопоказанных лекарственных препаратов( непереносимость, аллергическая реакция)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**СОГЛАСИЕ на прохождение планового профилактического медицинского осмотра**

ДА\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ НЕТ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_