

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают формируемое добровольное согласие при медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи.

приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012г. №390н «Об утверждении Перечня видов медицинского вмешательства регистрационный № 24082»

Я, _____
Ф.И.О. одного из родителей (законного представителя)

_____ Дата, год рождения

_____ проживающий по адресу _____

_____ Адрес проживания одного из родителей

Я добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в перечень медицинских вмешательств. Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи:

- опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза;
- осмотр ребенка врачами специалистами (хирург, ортопед, окулист, невролог, стоматолог, лор-врач, гинеколог, педиатр);
- антропометрические исследования: (рост, вес)
- термометрия;
- тонометрия;
- лабораторные методы обследования, в том числе клинические, иммунологические (общий анализ крови, анализ на энтеробиоз (яйца глист);
- введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, подкожно, внутривенно (при вакцинации и несчастных случаях).

_____ Ф.И.О. ребенка, от имени которого выступает законный представитель

» _____ год рождения

_____ проживающего по

у: _____

Я ознакомлен с перечнем видов медицинских вмешательств, в доступной для меня форме. Мне даны разъяснения, 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 первичной медико-санитарной помощи моему ребенку, чьим представителем я являюсь.

_____ И.О.лиц, которым предоставляется право присутствовать при оказании первичной медико-санитарной помощи

Подпись _____ Ф.И.О. одного из родителей, иного законного представителя

_____ Подпись _____ Ф.И.О. медицинского работника

« _____ » _____ 20 ____ г.