|  |
| --- |
| Приложение № 4к упрощенному порядку заключения, регистрации, хранения и исполнения договоров на оказание услуг по организации отдыха детей в ОК «Березка» |

Лист 1

**Информированное добровольное согласие**

**на медицинское вмешательство**

 Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

 (дата рождения гражданина либо законного представителя)

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

 (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

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

 (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в [Перечень](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=129546&dst=100009) 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. № 390н (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь, в \_\_здравпункте ОК «Березка»\_\_\_\_\_.

 Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_врачом-педиатром Т.Н. Зотовой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=129546&dst=100009), или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных [частью 9 статьи 20](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=454998&dst=100263) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с [пунктом 5 части 5 статьи 19](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=454998&dst=608) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе после смерти: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

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

 (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

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

 (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

 (дата оформления)

|  |
| --- |
| Приложение № 4к упрощенному порядку заключения, регистрации, хранения и исполнения договоров на оказание услуг по организации отдыха детей в ОК «Березка» |

Лист 2

(оборотная сторона Информированного добровольного согласия)

**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.

3. Антропометрические исследования.

4. Термометрия.

5. Тонометрия.

6. Глюкометрия.

7. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.

8. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.

9. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).

10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография.

11. Пероральный приём лекарственных препаратов по назначению врача.

12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно, ингаляционно.

13. Проведение инвазивных манипуляций при неотложных состояниях, в том числе катетеризация мочевого пузыря, промывание желудка, тампонада носовой полости, дефибрилляция.

 [*\*Приказ Минздравсоцразвития России от 23.04.2012 № 390н "Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи"*](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=129546&dst=100002)