

**Информированное добровольное согласие
на виды медицинских вмешательств, включённые в Перечень определённых видов
медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное
согласие для получения первично медико-санитарной помощи**

Я, _____
(Ф.И.О. законного представителя несовершеннолетнего)

« ____ » _____ года рождения, паспорт № _____

когда выдан « ____ » _____ г, кем выдан _____

тел.№ _____, зарегистрированный (проживающий) по адресу:

(адрес регистрации и фактический адрес проживания законного представителя несовершеннолетнего)

являясь законным представителем несовершеннолетнего:

(Ф.И.О несовершеннолетнего)

« ____ » _____ г. рождения (далее – Ребенок), проживающего по адресу:

(фактический адрес проживания Ребенка)

(свидетельство о рождении № _____ от _____ или паспорт №, кем и когда выдан)

Даю информированное добровольное согласие на следующие виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее – Перечень) для получения первичной медико-санитарной помощи Ребенком:

№ п/п	Наименование медицинского вмешательства	Обвести нужное	
		Да	Нет
1	Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза	Да	Нет
2	Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация	Да	Нет
3	Антропометрические исследования, спирометрия, динамометрия	Да	Нет
4	Термометрия	Да	Нет
5	Тонометрия	Да	Нет
6	Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций	Да	Нет
7	Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций	Да	Нет
8	Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы)	Да	Нет
9	Лабораторные методы обследования, в том числе клинические	Да	Нет
10	Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиографическое	Да	Нет
11	Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорографическое (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования	Да	Нет
12	Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно	Да	Нет

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 Ребенку.

Я уведомлен о том, что при оказании **экстренной и неотложной помощи** я буду информирован по указанному выше телефону.

Я обязуюсь, при необходимости, самостоятельно забрать Ребенка из детского оздоровительного лагеря / комплекса СПб ГБУ «ЦОО «Молодежный» (далее - ДОЛ/ДОК) в течение 4 (четырёх) часов.

При невозможности связаться со мной по указанному телефону или в случае невозможности самостоятельно забрать Ребенка из ДОЛ/ДОК, решение вопроса об объёме и виде медицинских вмешательств определяют врачи ДОЛ/ДОК и медицинские организации.

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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

С требованиями направления детей в ДОЛ/ДОК ознакомлен и подтверждаю, что Ребенок не имеет ограничений по состоянию здоровья и медицинских противопоказаний для пребывания в них.

Информированное добровольное согласие действительно 1 (один) год с момента его выдачи.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии здоровья Ребенка

(Ф.И.О. лиц, их контактный телефон)

(подпись) /

(Ф.И.О. законного представителя Ребенка)

(подпись) /

(Ф.И.О. медицинского работника)

« » 2022 г.
(дата оформления информированного добровольного согласия)