

Заполняется законным представителем!

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных 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

(составлено в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. № 1177н (в редакции от 10.08.2015 г.))

Я, _____
(Ф.И.О. полностью)

паспорт: серия _____ № _____, выдан _____,
дата выдачи: _____, зарегистрированный по адресу: _____

_____ тел. _____,

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель - подчеркнуть)
ребёнка: _____,

(Ф.И.О. ребенка – полностью, год рождения)

проживающего по адресу: _____

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. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее — Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи ребенку, законным представителем которого я являюсь, в **Обособленном структурном подразделении – научно-исследовательский клинический институт педиатрии им. академика Ю.Е. Вельтищева Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.**

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника полностью)

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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

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» представляю сведения о выбранных мною лицах, которым может быть передана информация о состоянии здоровья ребенка, законным представителем которого я являюсь:

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон, кому может быть передана информация о состоянии здоровья)

Я согласен (-на) / не согласен (-на) (подчеркнуть) на осмотр другими медицинскими работниками, научными сотрудниками Института и студентами медицинских вузов/ колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

(подпись)

(Ф.И.О. законного представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

“ _____ ”

_____ Г.

(дата оформления)

СМОТРИТЕ ОБОРОТ БЛАНКА



ПЕРЕЧЕНЬ ВИДОВ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
 2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, ректальное исследование.
 3. Антропометрические исследования.
 4. Термометрия.
 5. Тонометрия.
 6. Не инвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
 7. Не инвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
 8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
 9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
 10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография.
 11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
 12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
 13. Медицинский массаж.
 14. Лечебная физкультура.
-

УВЕДОМЛЕНИЕ

Обособленное структурное подразделение – научно-исследовательский клинический институт педиатрии им. академика Ю.Е. Вельтищева Федерального Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации уведомляет Вас о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) врача (медицинского работника), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

Настоящее уведомление получено «_____» _____ 20____ г.

(подпись)

(Ф.И.О. законного представителя)