

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Архангельской области
«Архангельская областная детская клиническая больница имени П.Г. Выжлецова»**

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
в амбулаторном режиме**

Я, _____

(Ф.И.О. гражданина)

« _____ » года рождения, зарегистрированный (ая) по адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, _____, паспорт: _____ выдан:

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____

Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения

зарегистрированный (ая) по адресу: _____

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее – Перечень), для получения амбулаторной медицинской помощи мной /лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

государственном бюджетном учреждении здравоохранения Архангельской области «Архангельская областная детская клиническая больница имени П.Г. Выжлецова»

(полное наименование медицинской организации)

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование, ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования. Термометрия, тонометрия.
4. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительной функции.
5. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
6. Исследования функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
7. Лабораторные методы исследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
8. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, ФГДС, колоноскопия.
9. Лучевые методы обследования, рентгенография по медицинским показаниям, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования, МРТ, КТ-исследования.
10. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно.
11. Медицинский массаж. Лечебная физкультура, физиотерапия.
12. Направление на оперативное лечение, госпитализация.

Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

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».

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 моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

_____ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя
гражданина)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. медицинского работника)

« _____ » _____ Г.

_____ (дата оформления)

Добирается самостоятельно, деньги на обратный проезд имеет (строго старше 15 лет)

« _____ » _____ Г. _____

(подпись)