

## Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. родителя/законного представителя ребенка)

Проживающий(ая) по фактическому адресу: \_\_\_\_\_

Паспорт серия, № \_\_\_\_\_, выданный (кем, когда, код подразделения) \_\_\_\_\_

Прописан(а) по адресу \_\_\_\_\_

как законный представитель на основании свидетельства о рождении № \_\_\_\_\_

от \_\_\_\_\_ место выдачи \_\_\_\_\_

даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство своего сына (дочери)

Ф.И.О. ребенка \_\_\_\_\_

при оказании первичной медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи в оздоровительной и медицинской организации.

Я ознакомлен(а) с перечнем видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие для получения первичной медико-санитарной помощи в доступной для меня форме.

**При заболевании и госпитализации моего ребенка в лечебные учреждения за пределы Центра прошу вас проинформировать меня по телефону \_\_\_\_\_**

В случае невозможности связаться со мной и при возникновении угрозы жизни моему ребенку решение об объеме и виде медицинского вмешательства определяют врачи медицинской организации. В доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, порядке оказания медицинской помощи. Перечень видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при получении первичной медико-санитарной помощи:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
6. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы.

**Законный представитель:**

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_

(подпись)

(Ф.И.О. родителя/законного представителя)