

Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения и социального
развития Российской Федерации
от 23 апреля 2012г. № 390н

**ПЕРЕЧЕНЬ
ОПРЕДЕЛЕННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ,
НА КОТОРЫЕ ГРАЖДАНЕ ДАЮТ ИНФОРМИРОВАННОЕ
ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

1. Осмотр, в том числе выявления жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Нейнвизивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Нейнвизивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферой).
9. Лабораторные методы обследования.
10. Функциональные методы исследования, в том числе электрокардиография, спиртография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография.
11. Рентгенологические методы обследования, рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрискожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство при оказании медицинской помощи
в государственных бюджетных учреждениях здравоохранения г. Коврова

Я, _____ Ф.И.О. гражданина _____ г. рождения,

проживающий по адресу: _____ адрес гражданина

даю информированное добровольное согласие на оказание моему ребенку

Ф.И.О., год рождения ребенка

медицинских вмешательств, включенных в перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012г. № 390н. Для получения медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь.

Я ознакомлен(а) с Перечнем видов медицинских вмешательств, в доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также предлагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, включенного в Перечень видов медицинских вмешательств, я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных видов медицинского вмешательства.

На осмотр моего ребенка в присутствии медицинского работника согласен(на)

Подпись

Подпись _____ Ф.И.О. гражданина

Подпись _____ Ф.И.О. медицинского работника

Дата оформления информированного добровольного согласия _____ г.