|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | *Приложение № 2 к приказу Министерства здравоохранения РФ от 20 декабря 2012 г. N 1177н (с изменениями от 10 августа 2015 г.)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Я, | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | (Ф.И.О. гражданина) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (адрес места жительства гражданина либо законного представителя) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают нформированное 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. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (ненужное зачеркнуть), | | в |
| федеральное государственное бюджетное учреждение детский санаторий "Васильевское" Министерства здравоохранения Российской Федерации | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (полное наименование медицинской организации) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| закона от 21 ноября 2011 г. N 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) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| Приложение  к приказу Министерства  здравоохранения и социального  развития Российской Федерации  от 23 апреля 2012 г. N 390н |
| **ПЕРЕЧЕНЬ**  **ОПРЕДЕЛЕННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ,**  **НА КОТОРЫЕ ГРАЖДАНЕ ДАЮТ ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ**  **СОГЛАСИЕ ПРИ ВЫБОРЕ ВРАЧА И МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**  **ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ 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, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование. |
|  |
| 3. Антропометрические исследования. |
|  |
| 4. Термометрия. |
|  |
| 5. Тонометрия. |
|  |
| 6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций. |
|  |
| 7. Неинвазивные 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, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография,  кардиотокография (для беременных). |
|  |
| 11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше  15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования. |
|  |
| 12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно,  внутривенно, подкожно, внутрикожно. |
|  |
| 13. Медицинский массаж. |
|  |
| 14. Лечебная физкультура. |
|  |
| (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)  « » г. |
|  |