**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

**на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских**

**вмешательств (Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 апреля 2012г.**

**№ 390н "Об утверждении Перечня 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, одного из родителей, иного законного представителя)*

« » года рождения,

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_

*(адрес гражданина, одного из родителей, иного законного представителя)*

**даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, таких как:**

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. Тонометрия.

6. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Ф.И.О. ребенка, лица, от имени которого, выступает законный представитель)*

« » года рождения,

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_

*(адрес ребенка, лица, от имени которого, выступает законный представитель)*

первичной медико-санитарной помощи в **детской поликлинике ОБУЗ "Курская горбольница № 2"**

\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(подпись)* (*Ф.И.О, гражданина, одного из родителей, иного законного представителя)*

\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(подпись)* (*Ф.И.О. медицинского работника)*

« » 202＿г.

*(дата оформления информированного добровольного согласия)*