**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают**

**информированное добровольное согласие при поступлении в муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение «Детский сад» с.Чапаевка для получения первичной медико-санитарной помощи**

Я,

*(Ф.И.О. одного из родителей (законного представителя)*

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения, проживающий(ая) по адресу:

*(адрес проживания родителей (законных представителей) обучающегося)*

даю информированное добровольное согласие на виды 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 2012 г. № 390 н (зарегистрирован Минюстом России 5 мая 2012 г. № 24082) (далее

– Перечень видов медицинских вмешательств), при оказании моему ребенку, чьим законным представителем я являюсь

*(Ф.И.О. ребенка, дата рождения)*

проживающего по адресу:

*(адрес проживания ребенка)*

первичной медико-санитарной помощи в муниципальном бюджетном дошкольном образовательном учреждении «Детский сад» с.Чапаевка

*(наименование организации, где будет оказываться первичная медико-санитарная помощь*

медицинским работником медицинской сестрой ГАУЗ «Новоорская РБ» Мобильный ФАП Юровой Аленой Владимировной\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

* + случае ее отсутствия педагогом, прошедшим обучение по программе «Первая помощь», и находящимся рядом с ребенком в момент, требуемый для оказания ему первой помощи до приезда бригады скорой медицинской помощи.

Опрос, в том числе выявление жалоб, термометрия, антропометрические исследования, тонометрия, осмотр (только пальпация), лечебная физкультура, оказание экстренной первой помощи

* ознакомлен 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 о предполагаемых 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.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| *Подпись* | *Ф.И.О. одного из родителей (законного представителя)* |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| *Подпись* | *Ф.И.О. медицинского работника* |

«\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. *Дата оформления информированного добровольного согласия*