

**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, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография.
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

**Информированное добровольное согласие на медицинские  
вмешательства для получения первичной медико-санитарной,  
неотложной и скорой помощи в период пребывания в  
оздоровительной организации**

Я, \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, законного представителя  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающий(ая) по адресу:  
\_\_\_\_\_  
(адрес гражданина, одного из родителей, законного представителя)

\_\_\_\_\_  
( контактный телефон представителя ребенка)

Даю добровольное информированное согласие на проведение медицинских  
вмешательств моему ребёнку (лицу), \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя ребенка)  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, чьим законным  
представителем я являюсь.

Ребенок проживает по адресу: \_\_\_\_\_

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

Я ознакомлен с перечнем видов медицинских вмешательств, на которые граждане  
дают информированное добровольное согласие для получения первичной медико-  
санитарной помощи, а также уведомлен в том, что при оказании первичной медико-  
санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи я буду информирован по  
указанному выше 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.

В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании  
медицинской помощи моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь,  
работнику оздоровительной организации.

Информированное добровольное согласие действительно на срок пребывания ребенка  
в оздоровительной организации с « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. до « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. законного представителя ребенка)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. представителя организации)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
(Дата оформления добровольного информированного согласия)