

**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, внутрикожно.
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)