|  |  |
| --- | --- |
| Федеральное государственное  бюджетное учреждение здравоохранения  **«Центральная медико-санитарная часть № 15**  **Федерального медико-биологического агентства»** (ФГБУЗ ЦМСЧ № 15 ФМБА России) | Приложение № 2  к приказу ФГБУЗ ЦМСЧ № 15 ФМБА России  от 15.12.2014 г. № 515 |

**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**

(перечень на обороте)

|  |  |
| --- | --- |
| Я, |  |
|  | (фамилия, имя, отчество гражданина – полностью) |

|  |  |
| --- | --- |
|  | года рождения, |
| (дата рождения) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| зарегистрированный по адресу: |  |
|  | |
| (адрес места жительства гражданина либо законного представителя) | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Эта часть бланка заполняется только на несовершеннолетних лиц или недееспособных граждан** | | | | |
| паспорт |  | выдан |  | |
| являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) (нужное выделить) | | | | |
| ребенка или лица, признанного недееспособным, | | | |  |
|  | | | | |
| (фамилия, имя, отчество ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения) | | | | |
| зарегистрированного по адресу: | |  | | |
|  | | | | |
| (адрес места жительства ребенка или недееспособного гражданина) | | | | |

даю 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, утвержденный приказом Мини­стерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/по­лучения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в Федеральном государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Центральная медико-санитарная часть № 15 Федерального медико-биологического агентства»

|  |  |
| --- | --- |
| Медицинским работником |  |
|  | (должность, Ф.И.О. медицинского работника) |

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможнее варианты медицинских вмешательств, их последствия, в т.ч. 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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 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. № 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) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина) |  | (подпись) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (должность, Ф.И.О. медицинского работника) |  | (подпись) |

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

(дата оформления)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Утвержден  приказом Минздравсоцразвития России  от 23 апреля 2012 г. № 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 электрокардиогафия, 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.