

**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 автономное дошкольное образовательное учреждение «Детский сад № 16 «Ромашка» г. Гая Гайского муниципального округа Оренбургской области для получения первичной медико-санитарной помощи**

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

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(при наличии). ребенка, дата рождения)  
проживающего по адресу: \_\_\_\_\_

первичной медико-санитарной помощи в Муниципальном автономном дошкольном образовательном учреждении «Детский сад № 16 «Ромашка» медицинским работником - медицинской сестрой ГБУЗ «ГБ» г.Гая «Детской поликлиники»,

в 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

(виды медицинских вмешательств)

я 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(при наличии). одного из родителей (законного представителя)

\_\_\_\_\_  
Подпись, \_\_\_\_\_  
Ф.И.О(при наличии). медицинского работника

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