

**Информированное добровольное согласие (отказ)  
на проведение оказания первой медико-санитарной помощи**

Я, \_\_\_\_\_  
«\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

являюсь законным представителем несовершеннолетнего \_\_\_\_\_

«\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

даю информационное согласие на виды медицинских вмешательств, включённые в перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информационное 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 2012г № 390н «Об утверждении перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информационное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи» (далее- виды медицинских вмешательств, включенных в перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи, получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) \_\_\_\_\_

в \_\_\_\_\_ **в МБДОУ № 295**  
медицинским работникам **КГБУЗ «КМДКБ №1»** врачу **Литвиновой Н.В. и**  
**медицинской сестре Фарсиян Г.Н.**

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе 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 21.11.2011 № 323-ФЗ «О» Об охране здоровья граждан в Российской Федерации». Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которых) в соответствии с пунктом 5 частью 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «О» Об охране здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь( ненужное зачеркнуть)

\_\_\_\_\_  
(Подпись) (фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
(Подпись) (фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

Подпись медработника врач: \_\_\_\_\_ (Литвинова Н.В)  
Медицинская сестра \_\_\_\_\_ ( Фарсиян Г.Н)

Дата оформления «\_\_» \_\_\_\_\_

**Перечень видов медицинских вмешательств при оказании  
первичной медико- санитарной помощи детям**

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, том числе пальпация, перкуссия, аускультация,
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия
5. Тонометрия
6. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, подкожно, внутривенно.
7. Холодный компресс