

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____ (Ф.И.О. гражданина)
" ____ " _____ года рождения, зарегистрированный по адресу: _____
являясь законным представителем несовершеннолетнего _____ (Ф.И.О. несовершеннолетнего)

« ____ » _____ года рождения, зарегистрированного по адресу, _____
на основании ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации», приказа Министерства здравоохранения РФ от 10.08.2017 №514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» даю согласие **государственному автономному учреждению здравоохранения Новосибирской области «Городская клиническая поликлиника № 1»** на проведение следующих медицинских вмешательств в зависимости от возрастного периода:

– профилактический медицинский осмотр специалистами: акушер-гинеколог (для девочек), детский уролог-androлог (для мальчиков), детский эндокринолог, офтальмолог, ортопед-травматолог, педиатр, оториноларинголог, детский хирург, невролог, детский стоматолог, психиатр;

– обследование в рамках профилактических осмотров: общий анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ, УЗИ (брюшной полости, почек, сердца) с целью раннего выявления отклонений в состоянии здоровья (в зависимости от возрастного периода) доврачебные манипуляции: измерение роста и массы, АД, термометрии, осмотр на педикулез и чесотку.

В случае отказа от предложенных профилактических мероприятий ответственность за здоровье ребенка несет его родитель или законный представитель (ст.63,64,65 Семейного Кодекса РФ).

Медицинский осмотр представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на выявление патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития. Профилактические осмотры проводятся в установленные возрастные периоды в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также в целях определения групп здоровья и выработки рекомендаций для несовершеннолетних и их родителей или иных законных представителей.

В доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства и его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что перед проведением медицинского вмешательства я имею право отказаться от медицинского вмешательства.

Я подтверждаю своей подписью, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное.

Законный представитель несовершеннолетнего	_____ / _____ / _____		
	Ф.И.О.	подпись	дата
Медицинский работник	_____ / _____ / _____		
	Ф.И.О.	подпись	дата