

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при обучении в муниципальном автономном общеобразовательном учреждении «Средняя общеобразовательная школа № 86»

для получения первичной медико-санитарной помощи

Я, _____

Ф.И.О. одного из родителей (законного представителя)

« _____ » _____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

адрес проживания родителей (законных представителей) обучающегося

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. обучающегося, дата рождения

проживающего по адресу: _____

адрес проживания ребенка

_____ первичной медико-санитарной

помощи в _____ **МОАУ «СОШ № 86»** _____,

наименование организации, где будет оказываться первичная медико-санитарная помощь

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(а) 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. одного из родителей (законного представителя)*

« _____ » _____ Г.

дата оформления информированного добровольного согласия