

**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 «Шарлыкский детский сад Рябинушка» для получения первичной медико-санитарной помощи**

Я, \_\_\_\_\_  
*Ф.И.О. одного из родителей (законного представителя)*  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. 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. ребенка, дата рождения*  
проживающего по адресу: \_\_\_\_\_

*адрес проживания ребенка*  
первичной медико-санитарной помощи в муниципальном бюджетном дошкольном образовательном учреждении МАДОУ «Шарлыкский детский сад Рябинушка»  
*наименование организации, где будет оказываться первичная медико-санитарная помощь*  
медицинским работником медицинской сестрой ГБУЗ «Шарлыкская районная больница» Ампиловой Еленой Михайловной

*должность, Ф.И.О. медицинского работника*

*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. одного из родителей (законного представителя)*

Подпись, \_\_\_\_\_ *Ф.И.О. медицинского работника*

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.  
*Дата оформления информированного добровольного согласия*