

ООО «Педиатрическая практика «Алёнушка»

614081, Пермский край, г. Пермь, ш. Космонавтов, д. 86А, этаж 1, вход отдельный
ИНН 5906086084 / ОГРН 1085906007043 / Лицензия № Л041-01167-59/00383638 от 29.08.2014

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

**на виды медицинских вмешательств, включённые в Перечень определённых видов
медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное
добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации
для получения первичной медико-санитарной помощи**

(приказ Минздрава России от 23.04.2012 № 390н; приказ Минздрава России от 12.11.2021 № 1051н)

Я, _____,
(ФИО законного представителя — родитель/опекун/попечитель — полностью)

« ____ » _____ г. рождения, документ, удостоверяющий личность: паспорт серия _____ № _____, выдан _____ « ____ » _____ г., код подразделения _____, зарегистрирован(а) по адресу: _____, контактный телефон: _____, e-mail: _____,

являясь законным представителем несовершеннолетнего пациента:

(ФИО ребёнка полностью)

« ____ » _____ 20__ г. рождения, реквизиты свидетельства о рождении: серия _____, № _____, выдано _____ « ____ » _____ 20__ г.,

при оказании ему первичной медико-санитарной помощи в ООО «Педиатрическая практика «Алёнушка» даю информированное добровольное согласие на следующие виды медицинских вмешательств — из Перечня, утверждённого приказом Минздрава России от 23.04.2012 № 390н, в части, соответствующей профилю медицинской деятельности Клиники по лицензии № Л041-01167-59/00383638 (педиатрия; аллергология и иммунология; гастроэнтерология; детская кардиология; неврология; вакцинация; сестринское дело в педиатрии; экспертиза временной нетрудоспособности):

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия и фарингоскопия (в части, относящейся к компетенции врача-педиатра / детского инфекциониста).
3. Антропометрические исследования (рост, вес, окружность головы/груди и др.).
4. Термометрия.
5. Тонометрия (измерение артериального давления).
6. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы) — выполняется врачом-неврологом.
7. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, подкожно, внутривенно (включая введение вакцин при иммунопрофилактике).
8. Проведение экспресс-тестов на месте оказания помощи (point-of-care), не относящихся к клинической лабораторной диагностике, — иммунохроматографические тесты на возбудителей острых респираторных инфекций (грипп, COVID-19, РС-вирус, аденовирус и др.; код А26.08.011 и аналоги по Номенклатуре, утв. приказом Минздрава России от 13.10.2017 № 804н).

Мне разъяснено, что Клиника не оказывает услуг по: клинической лабораторной диагностике; рентгенологическим методам (рентген, флюорография, КТ); ультразвуковой диагностике; функциональной диагностике (ЭКГ, спирография, ЭЭГ и др.); медицинскому массажу; лечебной физкультуре; офтальмологии; оториноларингологии (в полном объёме). При необходимости таких исследований/манипуляций я буду направлен(а) в иную медицинскую организацию, имеющую соответствующую лицензию.

Медицинский работник _____ (должность, ФИО медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснил(а) цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено и я понимаю, что в случае необходимости проведения медицинских вмешательств, не входящих в указанный Перечень, потребуется оформление дополнительного информированного добровольного согласия на каждый такой вид вмешательства (часть 1 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ). Я имел(а) возможность задавать любые интересующие меня вопросы относительно состояния здоровья ребёнка, заболевания и лечения, и получил(а) на них ответы. Я ознакомлен(а) с тем, что в любой момент имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, входящих в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, оформив отказ в письменной форме. Настоящее согласие действительно весь срок оказания первичной медико-санитарной помощи моему ребёнку в ООО «Педиатрическая практика «Алёнушка».

« ____ » _____ 20__ г.

/ _____ /

(подпись) (расшифровка подписи законного представителя)

Расписался в моём присутствии:

(должность, ФИО медицинского работника) (подпись) (дата)