

**Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства для получения первичной медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи в период пребывания в МАДОУ г. Мурманска № 19**

Мы, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О. родителей (законных представителей)

проживающие по адресу:

\_\_\_\_\_  
адрес одного из родителей (законного представителя)

контактный телефон \_\_\_\_\_

даём добровольное информированное согласие на проведение медицинских вмешательств нашему ребенку:

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О. ребенка, от имени которого, выступает родитель (законный представитель)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, чьими законными представителями являемся,

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_  
(фактический адрес проживания ребенка)

при оказании **первичной медико-санитарной помощи** в дошкольной организации. Мы ознакомлены с перечнем видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие для получения первичной медико-санитарной помощи в доступной для нас форме (Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 апреля 2012 г. № 390 н), а так же уведомлены в том, что при оказании **неотложной и скорой** медицинской помощи нашему ребенку мы будем информированы по указанному выше телефону. В случае невозможности связаться с нами и при возникновении угрозы жизни решение об объеме и виде медицинского вмешательства определяют врачи медицинской организации.

В доступной для нас форме нам даны разъяснения о целях, порядке оказания медицинской помощи. В случае нашего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании медицинской помощи нашему ребенку, чьими родителями (законными представителем) мы являемся, медицинскому работнику дошкольной образовательной организации.

Информированное добровольное согласие действительно на срок пребывания ребенка в дошкольной образовательной организации с « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. до окончания обучения.

\_\_\_\_\_  
подписи, Ф.И.О. родителей (законных представителей)

Усатова Оксана Владимировна

\_\_\_\_\_  
подпись, Ф.И.О. уполномоченного лица дошкольной образовательной организации

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Дата оформления добровольного информированного согласия

**Перечень видов медицинских вмешательств,  
на которые граждане дают информированное добровольное согласие  
при получении первичной медико-санитарной помощи**

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация.
3. Антропометрические исследования (рост, вес), динамометрия.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Введение лекарственных препаратов по назначению врача.