|  |
| --- |
| Приложение N 2к приказу Министерства здравоохраненияРоссийской Федерацииот 20 декабря 2012 г. N 1177н(в ред. от 10 августа 2015 г.) |
| Информированное добровольное согласие на видымедицинских вмешательств, включенные в Перечень определенныхвидов медицинских вмешательств, на которые граждане даютинформированное добровольное согласие при выборе врачаи медицинской организации для получения первичноймедико-санитарной помощи |
| Я, ФИО пациента |
| зарегистрированный по адресу: |
| даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень): |
| 1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.3. Антропометрические исследования.4. Термометрия.5. Тонометрия.6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования.12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.13. Медицинский массаж.14. Лечебная физкультура. |
| для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в |
| КДФ Пермь. |
| Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (должность, Ф.И.О. медицинского работника) |
| в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446). |
| Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), |
|  |
| (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон) |
|  |  |  |  |
| (подпись) |  | (Ф. И. О. гражданина или законного представителя гражданина) |
|  |  |  |  |
| (подпись) |  | (Ф.И.О. медицинского работника) |
|  |  |  |  |  |  |  |
| (дата оформления) |  |  |  |  |  |