ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬ
ВАРЛАМОВА НАДЕЖДА АЛЕКСАНДРОВНА
ИНН 773371496473, ОГРН 319774600150537,
Юр.адрес: 125362, г. Москва, ул. Большая Набережная 25/1, 108
aeroport@discoveryschool.ru
+7 (916) 511-08-08

Добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____, паспорт _____**№**_____, проживающего(ей)/ пребывающего(ей) по адресу: _____, контактный телефон: _____ действуя в отношении _____ (далее -"**несовершеннолетний**"), зарегистрированного по адресу _____, проживающего по адресу _____, свидетельство о рождении _____, СНИЛС _____,

в соответствии со статьей 20 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", даю добровольное согласие _____ на медицинское вмешательство и выполнение первичной медико-санитарной помощи или экстренной неотложной медицинской помощи, а также нижеперечисленных медицинских манипуляций и вмешательств, необходимых и показанных :

- сбор анамнеза (опрос, в том числе выявление жалоб), представляющий собой сбор методом опроса, совокупности сведений, выяснении продолжительности заболевания, остроты его начала, локализации, распространенности процесса, симптомов заболевания, предыдущего лечения с целью установления диагноза;
- проведение антропометрических исследований, представляющих собой оценку показателей физического развития с целью оценки функционального состояния организма: определение роста (посредством ростомера), веса (посредством взвешивания на медицинских весах), некоторых функциональных признаков - окружности грудной клетки (посредством сантиметровой ленты), жизненной емкости легких (посредством совершения вдохов и выдохов в специальный прибор), мышечной силы кистей и мышц разгибателей спины, определение окружности плеча, предплечья, бедра, голени, живота, шеи и диаметра грудной клетки, передне-заднего ее размера, диаметра таза и т. д.;
- выполнение термометрии с целью оценки температуры тела для определения лихорадочных и гипотермических состояний;
- выполнение тонометрии, т.е. измерения артериального давления при помощи тонометра, манжета которого одевается на запястье или плечо, сдавливает артерию, определяя показатели кровяного давления; выполнение осмотра, в том числе пальпации (метода медицинского обследования, основанного на осязательном ощущении, возникающем при движении и давлении пальцев или ладони ощупывающей руки для определения свойства тканей и органов, их положения, величины, формы, консистенции, подвижности, топографических соотношений, а также болезненности исследуемого органа), перкуссии (метода медицинского обследования, заключающегося в постукивании отдельных участков тела и анализе звуковых явлений, возникающих при этом с целью определения топографии внутренних органов, физического состояния и функции легких, сердца, желудка, печени, селезенки), аускультации (метода физикальной диагностики, заключающегося в выслушивании звуков, образующихся в процессе функционирования органов), отоскопии (визуального метода исследования наружного слухового прохода, барабанной перепонки, среднего ухо посредством отоскопа - прибора со встроенными оптическими и осветительными элементами, вводимого вращательными движениями в ушное отверстие на глубину 1-1,5 см после предварительного очищения ушного отверстия от нагноений, серы и эпителия, наклоняемого для осмотра во всех направлениях для диагностики и лечения

заболеваний органов слуха, риноскопии (метода исследования носовой полости с целью ее осмотра через носовое отверстие при помощи носового зеркала или через рот и носоглотку при помощи шпателя), фарингоскопии (метода визуального исследования глотки с использованием шпателя, носоглоточного или гортанного зеркал, лобного рефлектора и др. инструментов), непрямой ларингоскопии (метода визуального исследования гортани с помощью гортанного зеркала); проведение неинвазивных (без проникновения внутрь организма) исследований и лечебных манипуляций в отношении органа зрения и зрительных функций, органа слуха и слуховых функций, функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы);

- выполнение лабораторных методов обследования, в том числе клинических, биохимическ...., бактериологических, вирусологических, иммунологических, т.е. методов исследовани химических и физических свойств биологических жидкостей и тканей пациента с целью выявления патогенных и условно-патогенных микроорганизмов и разработки методов специфической профилактики и лечения инфекционных болезней;
- пероральный прием лекарственных препаратов.

За исключением случаев, когда имеет место состояние здоровья, при котором имеется непосредственная угроза жизни, не должны выполняться следующие диагностические и лечебные манипуляции:

- _____;
- _____;
- _____.

В случае возникновения во время наблюдения несовершеннолетнего непредвиденных реакций и осложнений, угрожающих здоровью указанного(ых) выше несовершеннолетнего(их), я даю согласие на проведение срочных лечебных и организационных мероприятий, направленных на немедленное устранение всех болезненных состояний независимо от степени их тяжести и угрозы жизни, предусмотренные утвержденными стандартами оказания медицинской помощи, действующими на территории Российской Федерации.

Мне разъяснены альтернативные методы обследования и лечения, а также возможные последствия моего отказа от обследования и лечения.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов вышеуказанных медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я могу отказаться от госпитализации указанного(ых) выше несовершеннолетнего(их) в стационар, обследования и лечения в любой момент, даже после подписания информированного согласия.

Я утверждаю, что все интересующие меня вопросы мною заданы, все полученные ответы и разъяснения от медицинского персонала мною поняты, возможный риск предстоящего обследования и лечения мною осознан.

Я понимаю, что медицинским персоналом будут приниматься все необходимые меры для

излечения указанного(ых) выше несовершеннолетнего(их), но никаких долгосрочных прогнозов по течению заболевания не может быть предоставлено.

Я знаю, что это в интересах указанного(ых) выше несовершеннолетнего(их) сообщить медицинскому работнику обо всех имеющихся у них и известных мне проблемах со здоровьем, аллергических реакциях и индивидуальной непереносимости лекарств, о наличии у указанного(ых) выше несовершеннолетнего(их) в прошлом или в настоящее время инфекционного гепатита, туберкулеза, венерических заболеваний (в том числе сифилиса и ВИЧ-инфекции).

Я понимаю, что нарушение врачебных рекомендаций, а также сокрытие информации о состоянии здоровья указанного(ых) выше несовершеннолетнего(их) может способствовать развитию местных и/или общих осложнений или даже стать их причиной.

Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего согласия и согласен(а) с ними.

Родитель (законный представитель)

_____

дата_____

Добровольный отказ от медицинского вмешательства

Я, _____, паспорт _____№_____, проживающего(ей)/ пребывающего(ей) по адресу: _____, контактный телефон:_____]действуя в отношении _____ (далее - "**несовершеннолетний**"), зарегистрированного по адресу_____, проживающего по адресу _____, свидетельство о рождении_____, СНИЛС _____,

заявляю об отказе до достижения Обучающимся возраста 18 лет от любого медицинского вмешательства и медицинской помощи моему ребенку, за исключением случаев травм, необходимости экстренной неотложной помощи или первичной медико-санитарной помощи, а также его(ее) либо моего обращения за медицинской помощью.

Данный отказ является обдуманным и основывается на статье 32 (право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство), статье 33 (право на отказ от медицинского вмешательства) и статье 34 (оказание медицинской помощи без согласия граждан) «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 № 5487-1. Согласно

законодательству, «медицинское вмешательство - любое обследование, лечение и иное действие, имеющее профилактическую, диагностическую, лечебную, реабилитационную или исследовательскую направленность, выполняемое врачом, либо другим медицинским работником по отношению к конкретному пациенту» (определение дано в методических рекомендациях Федерального фонда ОМС

«Обеспечение права граждан на соблюдение конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью и связанных с этим сведениях, информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от него» от 27.10.1999.

Родитель (законный представитель)

_____

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат 02D02D1001F7B243A046ADA5F13712D8D0
Действителен с 09.06.2025 по 09.09.2026
Владелец ВАРЛАМОВА НАДЕЖДА АЛЕКСАНДРОВНА