**Приложение №3**

**Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства для**

**получения первичной медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи**

**впериод пребывания в оздоровительной организации**

Я,

( **Ф.И.О. одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя)**

«» года рождения,

проживающий (-ая) по адресу: конт. тел.

(**адрес одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя контактный телефон)**

Даю добровольное информированное согласие на проведение медицинских вмешательств  
моему ребенку

**Ф.И.О. ребенка, от имени которого, выступает законный представитель**

«» года рождения,

чьим законным представителем я являюсь,

проживающего по адресу:

фактический адрес проживания ребенка

**при оказании первичной медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи в Региональном учебно-методическом центре военно-патриотического воспитания молодежи «АВАНГАРД» (далее - Учебный центр) и медицинской организации ГБУЗ ЯО «Ростовская ЦРБ».**

Я ознакомлен с перечнем видов медицинских вмешательств, на которые граждане даютинформированное добровольное согласие для получения первичной медико-санитарнойпомощи в доступной для меня форме, а так же уведомлен в том, что при оказании неотложнойи скорой медицинской помощи я буду информирован по указанному выше телефону. В случаеневозможности связаться со мной и при возникновении угрозы жизни моему ребенку решениеоб объеме и виде медицинского вмешательства определяют врачи медицинской организации.В доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, порядке оказания медицинскойпомощи. В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказаниимедицинской помощи моему ребенку, чьим законным представителем я являюсь,представителя Учебного центра.

Информированное добровольное согласие действительно на срок пребывания ребенка в

Учебном центрес «27» марта 2023 г. до «31» марта 2023 г.

Подпись, Ф.И.О. одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя

Подпись, Ф.И.О. уполномоченного лица Учебного центра

« » 2023 г.

Дата оформления добровольного информированного согласия

**к приложению №3 (для информации)**

**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, спирометрия, динамометрия.
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 двигательнойсферы).

9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические.

1. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография.
2. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования.

12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.