**Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства для**

**получения первичной медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи в период пребывания в РУМЦ ВПВМ «Авангард»**

Я,

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

«» года рождения,

проживающий (-ая) по адресу:

конт. тел.

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 дают информированное добровольное согласие для получения первичной медико-санитарной помощи в доступной для меня форме, а так же уведомлен в том, что при оказании неотложной и скорой медицинской помощи я буду информирован по указанному выше телефону. В случае невозможности связаться со мной и при возникновении угрозы жизни моему ребенку решение об объеме и виде медицинского вмешательства определяют врачи медицинской организации. В доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, порядке оказания медицинской помощи. В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании медицинской помощи моему ребенку, чьим законным представителем я являюсь, представителя Учебного центра.

Информированное добровольное согласие действительно на срок пребывания ребенка в

**Учебном центре** с «21» 10. 2024г. до «25» 10. 2024 г.

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

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

«» 20г.

**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, 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 двигательной сферы).

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 (в экстренных случаях).