

Руководителю ТПМПК
Железнодорожного района города Красноярска
Ожеговой Т.Р.

**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**

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего лица достигшего возраста 15 лет)
« ____ » _____ года рождения, паспорт: серия _____, № _____
выдан _____
« ____ » _____ г., зарегистрированный(ая) по адресу: _____

В соответствии с требованиями *статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»*, даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в *Перечень, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23.04.2012 № 390*, а именно: опроса, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотра, в том числе пальпации, перкуссии, аускультации, риноскопии, фарингоскопии, непрямой ларингоскопии; антропометрических исследований; термометрии; тонометрии; неинвазивных исследований органа зрения и зрительных функций; неинвазивных исследований органа слуха и слуховых функций; исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); в соответствии с назначениями врача лабораторных методов обследования, функциональных методов обследования, рентгенологических методов обследования в психолого-медико-педагогической комиссии Железнодорожного района города Красноярска с целью выявления особенностей в физическом, психическом развитии, отклонений в поведении специалистами психолого-медико-педагогической комиссии:

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним 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 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011г.* (Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или законного представителя допускается: 1) если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние

не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители; 2) в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих; 3) в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами; 4) в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления); 5) при проведении судебно-медицинской экспертизы и/или судебно-психиатрической экспертизы; 6) при оказании паллиативной медицинской помощи, если состояние гражданина не позволяет выразить ему свою волю и отсутствует законный представитель).

Я ознакомлен(а) со всеми требованиями и рекомендациями, которые обязуюсь выполнять.

Я в полной мере проинформирован(а), что несоблюдение рекомендаций врача могут повлечь за собой недостижение ожидаемого по окончании оказания медицинских услуг результатов и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Информированное добровольное согласие дается на 1 год.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с *пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011г, № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»* может быть передана информация о состоянии моего здоровья

(Ф.И.О. родственника / законного представителя / гражданина)

(дата)

(подпись)

(фамилия,и,о)

Расписался(лась) в моем присутствии

Руководитель ТПМПК _____ / Т.Р.Ожегова
(подпись)