**Информированное согласие пациента на медицинское вмешательство**

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЭ

«Об основах охраны здоровья граждан»

**Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (фамилия, имя, отчество)

Родитель (законный представитель, пациент) (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество ребенка)

подписывая данный документ, даю добровольное согласие на предложенное мне медицинское вмешательство:

* Опрос (в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза);
* Осмотр (в том числе пальпация, перкуссия, аускультация);
* Антропометрические исследования (рост, вес);
* Термометрия;
* Тонометрия;
* Введение лекарственных препаратов по назначению врача при неотложных и экстренных состояниях;
* Прием таблетированных лекарственных препаратов по показаниям при обращаемости ребенка в медицинский кабинет.

Мне разъяснены особенности проведения указанных медицинских вмешательств.

Я поставил(а) в известность обо всех проблемах с моим (моего ребенка) здоровьем:

* Аллергические проявления \_\_

 (какие, к чему)

* Индивидуальная непереносимость лекарственных средств

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(перечислить непереносимые лекарственные препараты)

Я ознакомился (ась) со всеми пунктами настоящего документа, получил (а) необходимые пояснения, понял(а) суть подписываемого документа и согласен(а) с ним. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись родителя (законного представителя ребенка, пациента) с указанием фамилии и вида родственных отношений)

Работник оздоровительной организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество) подпись

 «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2022 год