**Информированное добровольное согласие**

**на проведение медицинского вмешательства**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя) несовершеннолетнего)

являясь законным представителем несовершеннолетнего\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего)

проживающего по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(адрес места жительства несовершеннолетнего)

на основании Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан» даю согласие на проведение следующих медицинских вмешательств моему ребенку:

профилактический медицинский осмотр специалистами: педиатр, невролог, хирург, стоматолог, травматолог-ортопед, офтальмолог, оториноларинголог, психиатр, уролог-андролог, эндокринолог;

обследование  в  рамках  профилактических  осмотров:  общий  анализ  крови,  общий анализ мочи, исследование уровня глюкозы в крови, анализ кала на яйца глистов, ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное), почек, сердца, щитовидной железы, органов репродуктивной сферы, электрокардиография, флюорография легких, рентгенография пазух носа, стоп, проверка цветоощущения;

доврачебные манипуляции: измерение роста и  массы,  артериального давления, термометрия, проверка наличия признаков инфекционных заболеваний;

профилактическая вакцинация согласно календарю прививок

(отказываюсь/согласен)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(вписать нужное)

**Оборотная сторона**

В случае отказа от предложенных  профилактических мероприятий

ответственность за здоровье ребенка несет его родитель или законный представитель (согласно Семейному кодексу Российской Федерации). Профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних  проводятся в установленные   возрастные  периоды  в  целях  раннего   (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний  и  факторов  риска  их  развития, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, а  также  в  целях  определения  групп здоровья и выработки рекомендаций для несовершеннолетних и их родителей (законных представителей).

В доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства и его последствиях.

Мне разъяснено, что перед проведением медицинского вмешательства я имею право отказаться от медицинского вмешательства.

Я подтверждаю своей подписью, что прочитала(а) и понял(а) все вышеизложенное.

Подписи представителя ребенка:

  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_г.

Подпись медработника:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_г.