**Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства при получении первичной медико-санитарной помощи**

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество полностью)

***Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет:***

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

паспорт:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(кем, когда)

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф. И. О. ребенка полностью, год рождения)

При получении медико-санитарной помощи в СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 22» отделении спортивной медицины добровольно даю свое согласие на:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.

2. Осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию, риноскопию, фарингоскопию, непрямую ларингоскопию.

3. Антропометрические исследования.

4. Термометрию

5. Тонометрию.

6. Проведение пробы с физической нагрузкой.

7. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.

8. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.

9. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).

10. Лабораторные методы исследования, в том числе клинические, биохимические.

11. Функциональные методы исследования, в том числе электрокардиографию, электрокардиографию с физической нагрузкой, велоэргометрию, спироэргометрию, суточное мониторирование АД, суточное мониторирование ЭКГ, спирографию, доплерографическое исследование, эхокардиографию, ультразвуковое исследование, плантографию.

12. Рентгенологические методы обследования, в том числе рентгенографию.

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

По назначению врача:

14. Медицинский массаж.

15. Лечебную физкультуру.

16. Физиотерапевтическое лечение.

Подтверждаю, что я ознакомлен (ознакомлена) с характером предстоящего мне обследования и лечения.

Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т. ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, физических нагрузках во время тренировок и соревнований, принимаемых лекарственных средствах. Сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Мне была предоставлена возможность задать вопросы о необходимости проведения диагностических и лечебных вмешательств и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы.

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на проведение медицинского обследования.

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года. *Подпись пациента*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Расписался в моем присутствии: *Врач* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (должность, И. О. Фамилия) (подпись)