**Добровольное информированное согласие пациента на медицинское вмешательство (проведение профилактических медицинских мероприятий в образовательных учреждениях)**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ф.и.о. родителей, законного представителя ребенка) несовершеннолетнего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ф.и.о. ребенка, год рождения)

проинформирован (а) о том, в МДОУ медицинскими работниками проводится ряд профилактических мероприятий, направленных на охрану и укрепление здоровья детей, регламентированных нормативными правовыми документами Министерства здравоохранения РФ. Добровольно соглашаюсь проведение в ОУ профилактических медицинских предприятий.

Я имел (а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Мне дали исчерпывающие ответы на все заданные вопросы.

В соответствии с приказом МЗСР от 23.04.2012 г. №390Н, я даю согласие на проведение при необходимости следующих вмешательств:

- опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза;

-осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация,риноскопия, фарингоскопия;

-антропометрия,

-термометрия,

-тонометрия,

-неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций,

-неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций,

-исследования функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы),

-лабораторные методы обследования (клинические анализы крови, мочи, кал/глистов, соскоб на энтеробиоз, по показаниям –кал на дизгруппу, маски из зева), - функциональные методы обследования (ЭКГ,спирометрия).

Я, нижеподписавшийся (аяся)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ф.и.о.)

С проведением профилактических медицинских мероприятий согласен (на)

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Не согласен (на)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(написать с чем)

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия и подпись медицинского работника

Дата «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 год