

1. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____ " ____"
(фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя), (дата рождения)
зарегистрированный по адресу: _____
(адрес регистрации законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)
в отношении _____ " ____"
(ФИО несовершеннолетнего) (дата рождения)
, проживающего по адресу: _____
(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю 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, утвержденный приказом МР РФ от 23.04.2012 г. N 390н (далее виды медицинских вмешательств включенных в Перечень: Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. Антропометрия. Термометрия. Тонометрия. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы). Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические. Функциональные методы обследования, в том числе ЭКГ, флюорография (старше 15 лет), ультразвуковые исследования, введение лекарственных препаратов по назначению врача) для получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь

в (полное наименование медицинской организации) СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №114», ДПО №50
Медицинским работником: врачом/медсестрой _____

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе развитие 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 Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации". Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с п. 5 чт. 5 ст. 19 ФЗ от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь. Настоящее согласие действует со дня его подписания на период обучения моего ребенка в данном образовательном учреждении.

(подпись)

ФИО законного представителя)

(контактный телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

" ____ " ____ г. (дата оформления)

2. СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 N 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку Санкт-Петербургским ГБУЗ «Городская поликлиника № 114, ДПО №50» (далее - Оператор) персональных данных моего ребенка, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде (СНИЛС), данные о состоянии его здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью - в медико- профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. Предоставляю право осуществлять все действия (операции) с его персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать его персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет. Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Настоящее согласие действует со дня его подписания на период обучения моего ребенка в данном образовательном учреждении.

" ____ " ____ 20 ____ г.

Подпись субъекта персональных данных

Ф.И.О.

3 Добровольное информационное согласие на проведение диспансеризации несовершеннолетнего.

В период обучения в государственном образовательном учреждении, на основании приказа МЗ РФ от 10.08.2017 г. №514н "О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних" в определённые приказом возрастные периоды будет проводиться профилактический осмотр врачами-специалистами (ЛОР-врач, окулист, хирург, невропатолог, эндокринолог, ортопед, дет.гинеколог/уролог, стоматолог, дет.психиатр, педиатр); лабораторное (соскоб на энтеробиоз, забор крови из пальца, анализ мочи) и инструментальное (ЭКГ, ФЛГ, УЗИ брюшной полости, почек, УЗИ сердца) обследование.

С проведением медосмотров специалистами ___ согласен, лабораторных обследований _____ согласен. ЭКГ _____ согласен, ФЛГ с 15 лет _____ согласен. УЗИ сердца, органов брюшной полости, почек _____ согласен.

Подписывая, даю согласие на проведение профилактического осмотра моему несовершеннолетнему ребенку.

За 5 рабочих дней до начала диспансеризации будет доступна информация о дате, времени, месте проведения, с указанием перечня осмотров врачами-специалистами и лабораторно-инструментального обследования.

Настоящее согласие действует со дня его подписания на период обучения моего ребенка в данном образовательном учреждении.

_____ (подпись)

_____ (ФИО законного представителя)

Подробную информацию вы всегда можете получить в медкабинете школы/сада!!!

Приложение к Приказу МЗ РФ от 26 января 2009 г. N 19н

4. Добровольное информированное согласие на проведение проф.прививок детям.

1. Я, нижеподписавшийся(аяся) _____
(фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет)/несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте старше 16 лет)

ФИО несовершеннолетнего _____ дата рождения _____
(указывается год рождения несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте старше 16 лет) настоящим подтверждаю то, что проинформирован(а) врачом: а) о том, что профилактическая прививка - это введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням; б) о необходимости проведения профилактической прививки, возможных поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее; в) о медицинской помощи при проведении профилактических прививок, включающей обязательный медицинский осмотр несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет перед проведением прививки (а при необходимости - медицинское обследование), который входит в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и предоставляется в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно; г) о выполнении предписаний медицинских работников.

2. Я проинформирован(а) о том, что в соответствии с п. 2 ст.5 Федерального закона от 17 сентября 1998 г. N 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней"*(1) отсутствие профилактических прививок влечет: запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок; временный отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий; отказ в приеме граждан на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями (постановление Правительства РФ от 15.07.1999 г. N 825 "Об утверждении перечня работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок"*(2)).

Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы. Получив полную информацию о необходимости проведения профпрививок против: туберкулеза, дифтерии, столбняка, коклюша, вир.гепатита В, полиомиелита, кори, краснухи, эпид.паротита, гриппа. Иммунодиагностики: пр. Манту, «Диаскинтест». Возможных прививочных реакций и поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и:

добровольно соглашаюсь на проведение прививок в декретированные возраста: против туберкулеза (БЦЖ), дифтерии, столбняка (АДС), полиомиелита (ИПВ/ОПВ), гепатита В, кори, краснухи и эпидпаротита.

Согласен(а) на туберкулино- диагностику: пр. Манту, Диаскинтест.

Медицинским работником уведомлен о том, что вакцинация/ туберкулино- диагностика будет проводиться, только после получения мною уведомления о дате, месте проведения и названия прививки.

Я, нижеподписавшийся(аяся)* (4) _____
(фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет)/несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте старше 16 лет)

_____ Подпись

_____ Дата

Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением профилактических прививок несовершеннолетнему, и дал ответы на все вопросы.

Врач _____

(фамилия, имя, отчество)

_____ (подпись)

Дата _____