

**Информированное добровольное согласие
на проведение медицинского вмешательства и профилактических прививок**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя) несовершеннолетнего
являясь законным представителем несовершеннолетнего _____
(фамилия,

имя, отчество несовершеннолетнего, дата рождения)

(адрес места жительства несовершеннолетнего)
на основании ст.20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан»
даю согласие сроком на 1 год на проведение следующих медицинских вмешательств:

1. Профилактический медицинский осмотр специалистами: педиатр, невролог, хирург, стоматолог, травматолог-ортопед, офтальмолог, оториноларинголог, психиатр, уролог-андролог, эндокринолог; (сбор анамнеза, пальпация, перкуссия, аускультация)
2. 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.
3. Доврачебные манипуляции: измерение роста, массы тела, спирометрия, динамометрия, артериального давления, термометрия, проверка наличия признаков инфекционных заболеваний.
4. Профилактическая вакцинация согласно календарю прививок (приказ министерства здравоохранения от 20.12.2021г. № 1122н) (**АДСМ, полиомиелит, корь, паротит, краснуха, гепатит «А», «В», клещевой энцефалит, грипп, реакция Манту, Диаскин тест**)
5. Оказание неотложной медицинской помощи, прием и введение лекарственных препаратов.
6. Обработка персональных данных ребенка.

Отказываюсь (вписать нужное) _____

подпись представителя ребенка : _____ / _____
« ____ » _____ 20 ____ г.

В случае отказа от предложенных профилактических мероприятий ответственность за здоровье ребенка несет его родитель или законный представитель (ст. 63, 64, 65 Семейного кодекса 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).

Я проинформирован, что профилактическая прививка это введение в организм человека иммунологического препарата для создания неспецифической невосприимчивости к инфекционным болезням, о необходимости проведения профилактических прививках, возможных поствакцинальных осложнениях и последствиях отказа от них.

Я подтверждаю своей подписью, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное и даю свое согласие.

Подпись представителя ребенка: _____ / _____
« ____ » _____ 20 ____ г.

Подпись медработника : _____ / _____
« ____ » _____ 20 ____ г.