**Приложение 1**

**к приказу ГБУЗ «ГДБ»**

**от «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_. № \_\_\_\_\_**

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ**

г. Петрозаводск «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_ г.

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20 Федерального закона № 323- ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 г.

1. Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О., год рождения пациента или Ф.И.О. законного представителя ребенка)

проживающий(ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

при оказании мне/моему ребенку медицинской помощи в ГБУЗ «Городская детская больница»

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в **Перечень** видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие в ГБУЗ «ГДБ» (Приложение 2).

1. Я информирован(а) о необходимости сообщить врачу о перенесенных мною\моим ребенком заболеваниях, известных мне аллергических заболеваниях и реакциях, противопоказаниях к приему лекарственных препаратов и пищевых продуктов, способных повлиять на ход моего лечения\лечения моего ребенка и/или ухудшить состояние.
2. Содержание указанных выше действий, связанный с ними риск, возможные осложнения и последствия мне известны. Я хорошо понял (а) все разъяснения Врача.
3. Я понимаю, что в ходе указанных выше медицинских действий может возникнуть необходимость выполнения другого вмешательства, исследования, лечения, не указанных в Перечне. Я доверяю Врачу и его коллегам принять соответствующее решение в соответствии с их профессиональным суждением и выполнить медицинские действия, которые Врач сочтет необходимым для улучшения моего состояния\ состояния моего ребенка.
4. Я проинформирован (а) о том, что ГБУЗ «ГДБ» является базой кафедры педиатрии и кафедры неврологии медицинского факультета Петрозаводского государственного университета; Петрозаводского базового медицинского колледжа и даю свое согласие на проведение осмотров меня (моего ребенка) студентами вышеуказанных кафедр под руководством преподавателей.
5. Я извещен (а), что несоблюдение мной рекомендаций Врача может отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.
6. С общим планом лечения и обследования ознакомлен (а)

**Подпись пациента/ законного представителя пациента\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствии с требованием с**т. 9 ФЗ-152 от 14.07.2006 г. «О персональных данных»** подтверждаю свое согласие на обработку ГБУЗ «Городская детская больница» моих персональных данных, а также персональных данных моего ребенка (фамилия, имя, отчество, дата рождения, пол, адрес прописки и адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса обязательного медицинского страхования, реквизиты полиса добровольного медицинского страхования, реквизиты СНИЛСа, реквизиты свидетельства о рождении, паспорта, факт обращения за медицинской помощью, заболевание) в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью (на основании выданной лицензии на медицинскую деятельность) и обязанным сохранять врачебную тайну. Срок действия — на все время нахождения в медицинской организации.

Я согласен на передачу моих персональных данных/моего ребенка в Республиканский медицинский информационно-аналитический центр, страховую медицинскую организацию, Фонд обязательного медицинского страхования, Фонд социального страхования, другие медицинские учреждения.

Разрешаю передачу моих персональных данных третьим лицам в целях установления/уточнения диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, в том числе для проведения дополнительных исследований и оценки данных профильными национальными исследовательскими центрами.

**Подпись пациента/законного представителя пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Пациент/законный представитель пациента имел возможность задать любые интересующие его вопросы касательно состояния его здоровья, заболевания и лечения и получил на них удовлетворительные ответы.

**Подпись пациента/законного представителя пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Подпись врача\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Приложение 2**

**к приказу ГБУЗ «ГДБ»**

**от «\_\_\_\_\_» января 2016 г. № \_\_\_\_\_**

### Перечень видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие в ГБУЗ «Городская детская больница».

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование, ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. **Лабораторные методы обследования**, в том числе требующие забора крови из пальца, забора крови из вены, анализ мочи, анализ кала, мазки из носа- клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. **Функциональные методы обследования**, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, оценка функции внешнего дыхания, электромиография, электроэнцефалография, реоэнцефалография, урофлоуметрия, вызванные зрительные потенциалы.
11. Рентгенологические методы обследования (в том числе с использованием контрастного вещества), ультразвуковые исследования, допплерографические исследования.
12. Эндоскопические исследования (эзофагогастродуоденоскопия), в том числе с взятием биопсийного материала. Исследование на H. pylori.
13. Цистоскопия, кольпоскопия.
14. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно. Ингаляционная терапия. Наружная (мазевая) терапия.
15. Физиотерапевтические методы терапии, в том числе водолечение.
16. Медицинский массаж.
17. Лечебная физкультура. Механотерапия.
18. Мануальная терапия.
19. Рефлексотерапия