

Форма информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, не включенное в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23.04.2012 № 390н члена спортивной сборной команды Российской Федерации по художественной гимнастике

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

«__» _____ г. рождения, зарегистрированный по
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

адресу: _____
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий (-ая) по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

«__» _____ г. рождения, проживающего по адресу: _____
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

на
основании _____

_____ (реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя)

даю информированное добровольное согласие на следующие виды медицинских вмешательств:

- опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза;
- осмотр, в том числе пальпация, термометрия, тонометрия, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование;
- неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций
- неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций
- забор у меня образцов биологического материала (венозной и/или капиллярной крови);
- исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы);
- компьютерная спирография с исследованием объемных и скоростных параметров внешнего дыхания (в том числе с использованием функциональных проб и диагностических фармакологических тестов по медицинским показаниям)
- лабораторные методы диагностики: общий, биохимический, иммунологический, гормональный, коагулологический, серологический, клинический анализ крови (включая исследований на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы);
- антропометрические измерения по методикам, разработанной НИИ антропологии МГУ им. М.В. Ломоносова и Международного общества кинантропометрии (ISAK);
- Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования;
- функциональные методы обследования (в том числе электрокардиография (в покое в 12 отведениях, по медицинским показаниям холтеровское мониторирование), эхокардиография с доплером, спирография, велоэргометрия, газоанализ, пульсометрия, субмаксимальный нагрузочный тест с использованием газоанализатора Cosmed Quark CRET или K5;
- прыжковые тесты (прыжок с противодвижением, прыжок из положения сидя, тест 10/5) с использованием системы MuscleLab.

для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

в **Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный центр спортивной медицины Федерального медико-биологического агентства»**

_____ (полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____

_____ (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 вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (медицинское вмешательство без согласия гражданина или законного представителя гражданина допускается:

- если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители;
- в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;
- в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами).

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись)

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

" _____ " _____ г.
(дата оформления)