ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ГОРОДА МОСКВЫ

**«ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКВЫ»**

П Р И К А З

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 03.07.2023 |  | № |  128 |

 **Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, обязательных формах документов для правового обеспечения при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях ГБУЗ «ЦМП ДЗМ»**

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 12.11.2021 № 1051н «Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства», письмом Минздрава России от 20.02.2021 № 1/И/1-1221 «О порядке проведения вакцинации вакциной ГАМ-КОВИД-ВАК против COVID-19 взрослого населения», приказом Департамента здравоохранения города Москвы № 1057 от 09.12.2019 «О типовых формах информированного согласия на обработку и передачу персональных данных, данных и сведений, составляющих врачебную тайну», приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 17 апреля 2015 № 308 «О применении кожной пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы при обследовании групп риска по туберкулезу» в целях совершенствования организации первичной медико-санитарной помощи в ГБУЗ «ЦМП ДЗМ»,

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Применять в работе ГБУЗ «ЦМП ДЗМ» «Порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств» (Приложение № 1).

2. В целях правового обеспечения организации первичной медико-санитарной помощи ГБУЗ «ЦМП ДЗМ» применять следующие формы документов:

2.1. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (Приложение № 2);

2.2. Отказ от медицинского вмешательства (Приложение № 3);

2.3. Информированное согласие пациента на обработку и передачу его персональных данных, данных и сведений, составляющих врачебную тайну (Приложение № 4);

2.4. Информированное согласие законного представителя несовершеннолетнего на обработку и передачу его персональных данных, данных и сведений, составляющих врачебную тайну (Приложение № 5);

2.5. Добровольное информированное согласие на проведение профилактических прививок детям или отказа от них (Приложение №6);

2.6. Информированное добровольное согласие на проведение кожных проб (проба манту 2 те-ппдл, диаскинтест) для диагностики туберкулеза или отказ от них (Приложение № 7);

2.7. Добровольное информированное согласие пациента на вакцинацию против новой коронавирусной инфекции или отказ от неё (Приложение № 8);

2.8. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство при проведении аллергообследования для законного представителя пациента (Приложение № 9);

2.9. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство при проведении аллергообследования для пациента старше 15 лет (Приложение № 10);

2.10. Информированное добровольное согласие на проведение Аллерген-специфической иммунотерапии (АСИТ) (Приложение №11);

2.11. Акт об отказе пациента от подписания информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и об отказе пациента от подписания отказа от медицинского вмешательства (Приложение № 12).

3. Приказ ГБУЗ «ЦМП ДЗМ» от 08.09.2020 г. № 289 «О внедрении форм документов при оказании медицинской помощи в ГБУЗ «ЦМП ДЗМ»» считать утратившим силу.

4. Заместителю главного врача по медицинской части Д.Е Азановой ознакомить с данным Приказом заведующего отделением иммунопрофилактики О.А. Еремину, заведующего консультативно-диагностическим отделением В.И. Свинцицкую, старшего администратора О.А. Егорову, а им в свою очередь ознакомить сотрудников, вверенных им отделений, под подпись.

5. Заместителю главного врача по медицинской части Д.Е Азановой обеспечить контроль за исполнением настоящего Приказа работникам вверенных отделений, форм документов, в соответствии с Приложениями №№ 1-10 настоящего приказа в медицинских картах амбулаторных больных, (срок - бессрочно);

6. Приказ вступает в силу с момента подписания.

7. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

**Главный врач Т.Н. Елагина**

Приложение № 1

 к приказу ГБУЗ «ЦМП ДЗМ»

от «03» июля 2023 г. № 128

**Порядок\* дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств**

1. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в [Перечень](https://internet.garant.ru/#/document/70172996/entry/1000) 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](https://internet.garant.ru/#/document/70172996/entry/0) Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (далее соответственно - информированное добровольное согласие, виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), и отказ от видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень (далее - отказ от медицинского вмешательства), дается гражданином либо одним из родителей или иным законным представителем в отношении лиц, указанных в [пункте 2](https://internet.garant.ru/#/document/403111701/entry/1002) настоящего Порядка;

2. Информированное добровольное согласие дает один из родителей или иной законный представитель в отношении:

2.1 лица, не достигшего возраста, установленного [частью 5 статьи 47](https://internet.garant.ru/#/document/12191967/entry/475) и [частью 2 статьи 54](https://internet.garant.ru/#/document/12191967/entry/542) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон N 323-ФЗ), или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство;

2.2 несовершеннолетнего больного наркоманией при оказании ему наркологической помощи или при медицинском освидетельствовании несовершеннолетнего в целях установления состояния наркотического либо иного токсического опьянения (за исключением установленных законодательством Российской Федерации случаев приобретения несовершеннолетними полной дееспособности до достижения ими восемнадцатилетнего возраста);

3. Информированное добровольное согласие оформляется после выбора медицинской организации и врача при первом обращении в медицинскую организацию за предоставлением первичной медико-санитарной помощи;

4. Перед оформлением информированного добровольного согласия лечащим врачом либо иным медицинским работником гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, указанного в [пункте 2](https://internet.garant.ru/#/document/403111701/entry/1002) настоящего Порядка, предоставляется в доступной для него форме полная информация о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах видов медицинских вмешательств, включенных в [Перечень](https://internet.garant.ru/#/document/70172996/entry/1000), о последствиях этих медицинских вмешательств, в том числе о вероятности развития осложнений, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи;

5. При отказе от медицинского вмешательства в отношении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в [Перечень](https://internet.garant.ru/#/document/70172996/entry/1000), гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, указанного в [пункте 2](https://internet.garant.ru/#/document/403111701/entry/1002) настоящего Порядка, в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния);

6. Информированное добровольное согласие оформляется в виде документа на бумажном носителе по форме, предусмотренной [Приложением № 2](https://internet.garant.ru/#/document/403111701/entry/2000) к настоящему Приказу, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в [пункте 2](https://internet.garant.ru/#/document/403111701/entry/1002) настоящего Порядка, медицинским работником либо формируется в форме электронного документа, подписанного гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в пункте 2 настоящего Порядка, с использованием усиленной квалифицированной [электронной подписи](https://internet.garant.ru/#/document/12184522/entry/21) или простой электронной подписи посредством применения единой системы идентификации и аутентификации (далее - ЕСИА), а также медицинским работником с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи, и включается в медицинскую документацию пациента;

7. Гражданин или его законный представитель, указанный в [пункте 2](https://internet.garant.ru/#/document/403111701/entry/1002) настоящего Порядка, при оформлении информированного добровольного согласия вправе определить лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья, в том числе после его смерти;

8. Гражданин, один из родителей или иной законный представитель лица, указанного в [пункте 2](https://internet.garant.ru/#/document/403111701/entry/1002) настоящего Порядка, имеет право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в [Перечень](https://internet.garant.ru/#/document/70172996/entry/1000), или потребовать его (их) прекращения (в том числе в случае, если было оформлено информированное добровольное согласие), за исключением случаев, предусмотренных [частью 9 статьи 20](https://internet.garant.ru/#/document/12191967/entry/2009) Федерального закона N 323-ФЗ;

9. Отказ от медицинского вмешательства оформляется в виде документа на бумажном носителе по форме, предусмотренной [Приложением № 3](https://internet.garant.ru/#/document/403111701/entry/3000) к настоящему Приказу, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в [пункте 2](https://internet.garant.ru/#/document/403111701/entry/1002) настоящего Порядка, медицинским работником либо формируется в форме электронного документа, подписанного гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в пункте 2 настоящего Порядка, с использованием усиленной квалифицированной [электронной подписи](https://internet.garant.ru/#/document/12184522/entry/21) или простой электронной подписи посредством применения ЕСИА, а также медицинским работником с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи, и включается в медицинскую документацию пациента;

10. Информированное добровольное согласие и (или) отказ от медицинского вмешательства одного из родителей или иного законного представителя лица, указанного в [пункте 2](https://internet.garant.ru/#/document/403111701/entry/1002) настоящего Порядка, могут быть сформированы в форме электронного документа при наличии в медицинской документации пациента сведений о его законном представителе;

Информированное добровольное согласие и (или) отказ от медицинского вмешательства в форме электронного документа формируются с использованием единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, государственных информационных систем в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации, медицинских информационных систем медицинских организаций, иных информационных систем, предназначенных для сбора, хранения, обработки и предоставления информации, касающейся деятельности медицинских организаций и предоставляемых ими услуг.

Информированное добровольное согласие и (или) отказ от медицинского вмешательства в форме электронного документа подписываются гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в [пункте 2](https://internet.garant.ru/#/document/403111701/entry/1002) настоящего Порядка, с использованием простой [электронной подписи](https://internet.garant.ru/#/document/12184522/entry/21) посредством применения ЕСИА при условии, что при выдаче ключа простой электронной подписи его личность установлена при личном приеме либо с помощью подтверждения сведений, представленных заявителем путем использования индивидуальных средств коммуникации заявителя.

\*Утвержден Приказом Министерства здравоохранения РФ от 12 ноября 2021 г. N 1051н "Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства.

 Приложение № 2

 к приказу ГБУЗ «ЦМП ДЗМ»

от «03» июля 2023 г. № 128

Утверждено

 приказом Министерства

здравоохранения Российской Федерации

от 12 ноября 2021 г. № 1051н

Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Центр медицинской профилактики Департамента здравоохранения города Москвы»

ИНН 7707087471 /ОГРН 1037739460648, 123060 г. Москва, ул. Маршала Бирюзова д. 39

**Информированное добровольное согласие**

**на медицинское вмешательство**

|  |  |
| --- | --- |
| Я, |  |
|  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя) |
| « |  | » |  |  |  |  г. рождения, зарегистрированный по адресу: |
|  | (дата рождения гражданина либо законного представителя) |  |
|  |
| (адрес регистрации гражданина либо законного представителя) |
| проживающий 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, зарегистрированный по адресу: |
|  | (дата рождения пациента при подписании законным представителем) |  |
|  |
| (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 Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н[[1]](#footnote-1) (далее — виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь в

**Государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы «Центр медицинской профилактики Департамента здравоохранения города Москвы»**

|  |  |
| --- | --- |
| 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, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 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 (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

|  |
| --- |
|  |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон) |
|  |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон) |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| « |  | » |  |  г. |
|  | (дата оформления) |  |

Перечень\*\*
определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.

2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), 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 клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.

10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиогафия, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).

11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования.

12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.

13. Медицинский массаж.

14. Лечебная физкультура.

\*\*Утвержден Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 апреля 2012 г. N 390н
"Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

Приложение № 3

к приказу ГБУЗ «ЦМП ДЗМ»

от «03» июля 2023 г. № 128

Утверждено

 приказом Министерства

здравоохранения Российской Федерации

от 12 ноября 2021 г. № 1051н

Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Центр медицинской профилактики Департамента здравоохранения города Москвы»

ИНН 7707087471 /ОГРН 1037739460648, 123060 г. Москва, ул. Маршала Бирюзова д. 39

**Отказ от медицинского вмешательства**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Я, |  | « |  | » |  | г. рождения, |
|  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина либо законного представителя) |
| зарегистрированный по адресу: |  |
|  | (адрес места жительства гражданина либо законного представителя) |
| в отношении |  | « |  | » |  | г. рождения, |
|  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента и дата рождения при подписании отказа законным представителем) |

при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи

**Государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы «Центр медицинской профилактики Департамента здравоохранения города Москвы»**

отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных 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 Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2012г. № 390н:

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |
|  (наименование вида (видов) медицинского вмешательства)Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  (должность, имя, фамилия, отчество (при наличии) медицинского работника) |  |

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния)

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |
| (указываются возможные последствия отказа от вышеуказанного (вышеуказанных) вида (видов) медицинского вмешательства, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния)) |

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой (такие) вид (виды) медицинского вмешательства.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного представителя гражданина) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | « |  | » |  | г. |
| (подпись) |  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) |  | (дата оформления) |

Перечень\*\*
определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.

2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), 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 клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.

10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиогафия, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).

11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования.

12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.

13. Медицинский массаж.

14. Лечебная физкультура.

\*\*Утвержден Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 апреля 2012 г. N 390н
"Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи"

Приложение № 4

к приказу ГБУЗ «ЦМП ДЗМ»

от «03» июля 2023 г. № 128

Утверждено

 приказом Департамента здравоохранения

города Москвы № 1057

от 09.12.2019г.

Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Центр медицинской профилактики Департамента здравоохранения города Москвы»

ИНН 7707087471 /ОГРН 1037739460648, 123060 г. Москва, ул. Маршала Бирюзова д. 39

**Согласие пациента на обработку и передачу персональных данных,**

**данных и сведений, составляющих врачебную тайну**

 Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)*

Дата рождения: "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ г.р., зарегистрированный(ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(адрес регистрации по месту жительства)*

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

*(адрес проживания)*

документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(наименование документа, удостоверяющего личность, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*

СНИЛС: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(заполняется при наличии у субъекта персональных данных сведений о СНИЛС)*

в соответствии с требованиями [статьи 9](http://internet.garant.ru/document/redirect/12148567/9) Федерального закона «О персональных данных» от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ и [Федеральным законом](http://internet.garant.ru/document/redirect/12191967/0) от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю свое согласие на обработку **Государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы «Центр медицинской профилактики Департамента здравоохранения города Москвы»,** расположенного по адресу: г. Москва, ул. Маршала Бирюзова д. 39 (далее Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС, полиса добровольного медицинского страхования (ДМС), СНИЛС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, антропометрические и биометрические данные и данные о состоянии рожденного мною ребенка при условии, что их обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, всеми возможными способами. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим лицам в интересах моего обследования и лечения.

 Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, ввод, систематизацию, накопление, хранение (в электронном виде и бумажном носителе), уточнение, обновление, передачу, изменение, модификацию, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, а также сводки и системы хранения данных, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в медицинской документации, а также договором на оказание медицинской помощи по программе ОМС (договорам ДМС).

 Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями, территориальным фондом ОМС, иными медицинскими организациями с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

 Я разрешаю предоставлять, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, следующим лицам:

 - Работодатель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 - Супруг(а) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 - Мать \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 - Отец \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 - Сын \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 - Дочь \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 - Иные лица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Настоящее согласие дано мной с даты его подписания и действует бессрочно.

 Я не возражаю против ведения моей медицинской документации в бумажном виде.

 Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

Подпись пациента/законного

представителя пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(подпись) (расшифровка подписи)*

Дата: "\_\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

Пациент подписался

в моем присутствии: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(подпись врача) (расшифровка с указанием должности)*

1. **Заполняется, если пациент не может самостоятельно прочесть информированное согласие, но может его подписать**.

Информированное согласие прочитано пациенту вслух \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Ф.И.О. врача, должность)*

Информированное согласие разъяснено и понятно, доведено до пациента в доступной для понимания форме.

Заполнено в моем присутствии:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*( Подпись) (ФИО, должность)*

удостоверяет присутствующий при беседе (свидетель) врач:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Подпись) (ФИО, должность)*

1. **Заполняется, если пациент по тяжести состояния не может подписаться из-за когнитивного снижения** **не может прочесть и подписать данное согласие.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(указать в чем состоит тяжесть)*

Решение о общем плане обследования и лечения принимается коллегиально (консилиумом) - [пункты 9](http://internet.garant.ru/document/redirect/12191967/2009), [10 статьи 20](http://internet.garant.ru/document/redirect/12191967/2010) ФЗ-323 от 21 ноября 2011 г.

Врач ГБУЗ «ЦМП ДЗМ»

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(Подпись) (ФИО)*

Врач ГБУЗ «ЦМП ДЗМ»

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(Подпись) (ФИО)*

Врач ГБУЗ «ЦМП ДЗМ»

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(Подпись) (ФИО)*

Приложение № 5

к приказу ГБУЗ «ЦМП ДЗМ»

от «03» июля 2023 г. № 128

Утверждено

 приказом Департамента здравоохранения

города Москвы № 1057

от 09.12.2019г.

Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Центр медицинской профилактики Департамента здравоохранения города Москвы»

ИНН 7707087471 /ОГРН 1037739460648, 123060 г. Москва, ул. Маршала Бирюзова д. 39

**Согласие законного представителя несовершеннолетнего на обработку и передачу персональных данных, данных и сведений, составляющих врачебную тайну**

 Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)*

Дата рождения: "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ г.р., зарегистрированный(ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(адрес регистрации по месту жительства)*

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

*(адрес проживания)*

документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(наименование документа, удостоверяющего личность, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*

СНИЛС: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 *(заполняется при наличии у субъекта персональных данных сведений о СНИЛС)*

действующий(ая) в интересах несовершеннолетнего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего, дата рождения)*

свидетельство о рождении (паспорт) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(наименование документа, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*

в соответствии с требованиями [статьи 9](http://internet.garant.ru/document/redirect/12148567/9) Федерального закона "О персональных данных" от 27 июля 2006 года N 152-ФЗ и [Федеральным законом](http://internet.garant.ru/document/redirect/12191967/0) от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", даю свое согласие на обработку **Государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы «Центр медицинской профилактики Департамента здравоохранения города Москвы»,** расположенного по адресу: г. Москва, ул. Маршала Бирюзова д. 39 (далее Оператор) персональных данных несовершеннолетнего, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС, полиса добровольного медицинского страхования (ДМС), СНИЛС, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, антропометрические и биометрические данные моего ребенка при условии, что их обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, всеми возможными способами. В процессе оказания Оператором медицинской помощи моему ребенку я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные моего ребенка, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим лицам в интересах обследования и лечения моего ребенка.

 Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными несовершеннолетнего, включая сбор, ввод, систематизацию, накопление, хранение (в электронном виде и бумажном носителе), уточнение, обновление, передачу, изменение, модификацию, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, обрабатывать

персональные данные моего ребенка посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, а также сводки и системы хранения данных, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в медицинской документации, а также договором на оказание медицинской помощи по программе ОМС (договорам ДМС).

 Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (договору ДМС) на обмен (прием и передачу) персональных данных со страховыми медицинскими организациями, территориальным фондом ОМС, иными медицинскими организациями с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

 Я разрешаю предоставлять, передавать персональные данные моего ребенка, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, следующим лицам:

 - Работодатель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 - Супруг(а) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 - Мать \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 - Отец \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 - Сын \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 - Дочь \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 - Иные лица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Передача персональных данных несовершеннолетнего иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Настоящее согласие дано мной с даты его подписания и действует бессрочно.

 Я не возражаю против ведения моей медицинской документации в бумажном виде.

 Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

**Подпись законного представителя:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 *(подпись) (расшифровка)*

Дата: "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ г.

**Законный представитель подписался**

**в моем присутствии** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 *(подпись врача) (расшифровка с указанием должности)*

**1.Заполняется, если законный представитель не может самостоятельно прочесть информированное согласие, но может его подписать.**

Информированное согласие прочитано законному представителю вслух\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Ф.И.О. врача, должность)*

 Информированное согласие разъяснено и понятно, доведено до законного представителя в доступной для понимания форме.

Заполнено в моем присутствии: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 *Подпись ФИО, должность*

удостоверяет присутствующий при беседе (свидетель) врач

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 *Подпись ФИО, должность*

**2.Заполняется, если законный представитель по тяжести состояния не может подписаться из-за когнитивного снижения не может прочесть и подписать данное согласие.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(указать в чем состоит тяжесть)*

Решение об общем плане обследования и лечения принимается коллегиально (консилиумом) - [пункты 9](http://internet.garant.ru/document/redirect/12191967/2009), [10 статьи 20](http://internet.garant.ru/document/redirect/12191967/2010) ФЗ-323 от 21 ноября 2011 года

Врач ГБУЗ «ЦМП ДЗМ»

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(Подпись) (ФИО)*

Врач ГБУЗ «ЦМП ДЗМ»

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(Подпись) (ФИО)*

Врач ГБУЗ «ЦМП ДЗМ»

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(Подпись) (ФИО)*

 Приложение № 6

 к приказу ГБУЗ «ЦМП ДЗМ»

от «03» июля 2023 г. № 128

Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Центр медицинской профилактики Департамента здравоохранения города Москвы»

ИНН 7707087471 /ОГРН 1037739460648, 123060 г. Москва, ул. Маршала Бирюзова д. 39

 **Добровольное информированное согласие на проведение профилактических прививок детям или отказа от них**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Я, нижеподписавшийся(аяся) |  | , |
|  | (фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего в возрастедо 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет)/несовершеннолетнегов возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте старше 16 лет) |  |
|  | года рождения, настоящим подтверждаю то, что проинформиро- |
| (указывается год рождения несовершеннолетнегов возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнегобольного наркоманией в возрасте старше 16 лет) |  |

ван(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 пунктом 2 статьи 5 Федерального закона от 17 сентября 1998 г. № 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 Российской Федерации от 15 июля 1999 г. № 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 профилактической прививки

|  |  |
| --- | --- |
|  | , |
| (название прививки) |  |

возможных прививочных реакциях и поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и:

|  |  |
| --- | --- |
| добровольно соглашаюсь на проведение прививки\*(3) |  |
|  | (название прививки) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (добровольно отказываюсь от проведения прививки |  |  |
|  | (название прививки) |  |
| несовершеннолетнему |  | . |
|  | (указывается фамилия, имя, отчество и год рождения несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет/несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет) |  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата |  |  |  |
|  |  |  | (подпись) |

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Врач |  |  |  |  Дата |  |
|  | (фамилия, имя, отчество) |  | (подпись) |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*(1) Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, N 38, ст. 4736; 2000, N 33, ст. 3348; 2003, N 2, ст. 167; 2004, N 35, ст. 3607; 2005, N 1 (ч. 1), ст. 25; 2006, N 27, ст. 2879; 2007, N 43, ст. 5084; N 49, ст. 6070; 2008, N 30 (ч. 2), ст. 361; N 52 (ч. 1), ст. 6236; 2009, N 1, ст. 21.

\*(2) Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, N 29, ст. 3766.

\*(3) Нужное подчеркнуть.

\*(4) Заполняется для несовершеннолетних в возрасте до 15 лет, несовершеннолетних больных наркоманией в возрасте до 16 лет.

Приложение № 7

 к приказу ГБУЗ «ЦМП ДЗМ»

от «03» июля 2023 г. № 128

Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Центр медицинской профилактики Департамента здравоохранения города Москвы»

ИНН 7707087471 /ОГРН 1037739460648, 123060 г. Москва, ул. Маршала Бирюзова д. 39

                   **Информированное добровольное согласие**

**На проведение кожных проб (проба манту 2 те-ппдл, диаскинтест)**

**для диагностики туберкулеза или отказ от них**

    Я, нижеподписавшийся(аяся) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество - полностью) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    года    рождения,    проживающий(ая)   по   адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

являясь   законным   представителем   (мать,   отец,  усыновитель,  опекун,попечитель)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия,  имя, отчество несовершеннолетнего или недееспособного гражданина (полностью), г. р.)

Настоящим подтверждаю, что проинформирован(а) о том, что:  в соответствии   с   действующими нормативными   правовыми  актами, регламентирующими     проведение санитарно-эпидемиологических (профилактических)     мероприятий,    направленных    на    предупреждение распространения туберкулеза среди детей и подростков:

- ежегодная постановка пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л, начиная с 12-месячного возраста, является обязательным и  основным  методом  для  раннего  выявления туберкулеза у детей. Для  проведения  пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л применяют раствор  очищенного  туберкулина  в стандартном   разведении, который при внутрикожном введении вызывает местную иммунную реакцию;

- для повышения качества диагностики туберкулеза проводится постановка кожной пробы с аллергеном аллерген   туберкулезным  рекомбинантным (Диаскинтест). Диаскинтест представляет собой рекомбинантный белок, который при внутрикожном введении вызывает   у лиц с туберкулезной инфекцией специфическую кожную  реакцию.

    Мне  понятен  смысл  и  цели  проведения  кожных  проб  для диагностики туберкулеза.

    К    моменту    проведения   иммунологических   проб   у   лица,   мной представляемого,  нет  никаких острых жалоб на здоровье (температуры, боли,озноба, слабости и др.), кожных заболеваний, аллергических состояний.

    Мне  ясно,  и  я  принимаю  тот  факт,  что после проведения проб могут наблюдаться   местные  реакции  (покраснение,  уплотнение  кожи)  и  иногда кратковременные   общие  реакции  (недомогание,  головная  боль,  повышение температуры).

    Я поставил(а) в известность медицинского работника о наличии реакций на предшествующие пробы у лица, мной представляемого.

    Я предупрежден(а) о том, что:

    -   в   соответствии  с  действующими  нормативными  правовыми  актами, регламентирующим проведение санитарно-эпидемиологических (профилактических  мероприятий,   направленных на предупреждение распространения туберкулеза среди населения, что здоровым детям  все профилактические  прививки  можно  производить непосредственно после оценки результатов пробы Манту;

    **-  статьей  5**  Федерального  закона от 17 сентября 1998 г. N 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней" (ред. От 31.12.2014) при отсутствии профилактических прививок  предусмотрен временный отказ в приеме ребенка в дошкольное, образовательное, оздоровительное   учреждение   в   случае возникновения    массовых   инфекционных   заболеваний   или   при   угрозе возникновения эпидемий;

    -  отказ  от  прививок,  а также диагностических проб  может повлечь за собой серьезную  опасность  для здоровья ребенка и нарушает его право на жизнь и  здоровье,  провозглашенное  Конституцией  Российской  Федерации, Конвенцией  о  правах  ребенка  (1989  г.),  Оттавской  Декларацией о праве ребенка на здоровье (1998 г.).

    Я  ознакомлен(а) и согласен(на) со всеми пунктами настоящего документа, положения  которого  мне  разъяснены, мною поняты. В соответствии со ст. 20 Федерального  закона  от  21.11.2011  N  323-ФЗ "Об основах охраны здоровья

граждан в Российской Федерации":

    Добровольно    **соглашаюсь**    на    проведение    пробы   Манту   2   ТЕ ППД-Л/Диаскинтеста  (подчеркнуть  нужное)  и  прошу  персонал  медицинского учреждения о ее постановке.
    Добровольно    **отказываюсь**  от    проведения   пробы   Манту   2   ТЕ ППД-Л/Диаскинтеста (подчеркнуть нужное).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего или недееспособного гражданина)

Дата "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Подпись законного представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Расписался в моем присутствии:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                (должность, Ф.И.О.)                         (подпись)

Приложение № 8

 к приказу ГБУЗ «ЦМП ДЗМ»

от «03» июля 2023 г. № 128

Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Центр медицинской профилактики Департамента здравоохранения города Москвы»

ИНН 7707087471 /ОГРН 1037739460648, 123060 г. Москва, ул. Маршала Бирюзова д. 39

**Добровольное информированное согласие пациента на вакцинацию против новой коронавирусной инфекции или отказ от неё**

Я, нижеподписавшийся(аяся)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения (ФИО вакцинируемого или законного представителя) Зарегистрированного по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (адрес места жительства гражданина, либо законного представителя) Номер телефона для связи:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Настоящим подтверждаю, что проинформирован врачом: - о смысле и целивакцинации; -на момент вакцинации я не предъявляю никаких острых жалоб на состояние здоровья (температура тела нормальная, отсутствуют жалобы на боль, озноб, сильнуюслабость, нет иных выраженных жалоб, которые могут свидетельствовать об острых заболеваниях или обострении хронических); -я понимаю, что вакцинация - этовведение в организм человека иммунобиологического лекарственного препарата для создания специфической невосприимчивости к инфекционным заболеваниям; -мне ясно, что после вакцинации возможны реакции на прививку, которые могут быть местными (покраснения, уплотнения, боль, зуд в месте инъекции и другие) и общими (повышение температуры, недомогание, озноб и другие); крайне редко могут наблюдаться поствакцинальные осложнения (шок, аллергические реакции и другие), но вероятность возникновения таких реакций значительно ниже, чем вероятность развития неблагоприятных исходов заболевания, для предупреждения которого проводится вакцинация; - овсех имеющихся противопоказаниях квакцинации; - я поставил (поставила) в известность медицинского работника о ранее выполненных вакцинациях, обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе о любых формах аллергических проявлений, обо всех перенесенных мною и известных мне заболеваниях, принимаемых лекарственных средствах, о наличии реакций или осложнений на предшествующие введения вакцин у меня. Сообщила (для женщин) об отсутствии факта беременности или кормления грудью. Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы. Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки против новой коронавирусной инфекции, возможных прививочных реакциях, последствиях отказа от неё, подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов и: добровольно соглашаюсь на проведение прививки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ добровольно отказываюсь от проведения прививки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Я, нижеподписавшийся(аяся)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ " " \_\_\_\_202года.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись пациента) Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением прививок и дал ответы на все вопросы. Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение № 9

 к приказу ГБУЗ «ЦМП ДЗМ»

от «03» июля 2023 г. № 128

Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Центр медицинской профилактики Департамента здравоохранения города Москвы»

ИНН 7707087471 /ОГРН 1037739460648, 123060 г. Москва, ул. Маршала Бирюзова д. 39

 *Заполняется законным представителем!*

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

**НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АЛЛЕРГООБСЛЕДОВАНИЯ**

(кожные скарификационные пробы)

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**являюсь законным представителем** (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель - подчеркнуть) **ребёнка**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ребенка – полностью)

**проживающего по адресу**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата рождения ребёнка «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.,

**получил (-а) от врача-аллерголога иммунолога \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**полные разъяснения** о методе проведения обследования.

**Я информирован (-а) о целях и необходимости** проведения АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ - кожных скарификационных проб С БЫТОВЫМИ, ЭПИДЕРМАЛЬНЫМИ, ПИЩЕВЫМИ, ПЫЛЬЦЕВЫМИ аллергенами, с риском различных реакций, вариантов осложнений и диагностической пользы проводимого обследования у ребёнка

**Я сообщил (-а)** правдивые сведения о наследственности, наличии аллергических реакций и сопутствующих заболеваний у ребёнка, и **предупрежден (-а)** об ответственности за предоставление неполной или ложной информации о состоянии здоровья ребёнка.

**Мне была предоставлена возможность задать** все интересующие меня вопросы, на что получил(-а) понятные мне исчерпывающие ответы и вопросов к медперсоналу не имею.

Согласие на медицинское вмешательство **ДАЮ / НЕ ДАЮ** (подчеркнуть)

**ПОДПИСЬ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**

(Ф.И.О. законного представителя)

Добровольное информированное согласие подписано законным представителем пациента в нашем присутствии:

**Врач аллерголог - иммунолог:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(подпись), Ф.И.О.

**Медицинская сестра**

**проводившая исследование: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  (подпись), Ф.И.О.

Дата оформления: «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.

Приложение № 10

 к приказу ГБУЗ «ЦМП ДЗМ»

от «03» июля 2023 г. № 128

Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Центр медицинской профилактики Департамента здравоохранения города Москвы»

ИНН 7707087471 /ОГРН 1037739460648, 123060 г. Москва, ул. Маршала Бирюзова д. 39

*Заполняется взрослым или*

*несовершеннолетним старше 15 лет самостоятельно!*

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

**НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АЛЛЕРГООБСЛЕДОВАНИЯ**

 (кожные скарификационные пробы)

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

 Зарегистрированный по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата рождения«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**Врачом аллергологом-иммунологом** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**мне, согласно моей воле, даны полные разъяснения о** методе проведения обследования.

**Я информирован (-а) о целях и необходимости** проведения АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ - кожных скарификационных проб с БЫТОВЫМИ, ЭПИДЕРМАЛЬНЫМИ, ПИЩЕВЫМИ, ПЫЛЬЦЕВЫМИ аллергенами, с риском различных реакций, вариантов осложнений и диагностической пользы проводимого обследования.

**Я сообщил (-а)** правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

**Я предупрежден (-а)** об ответственности за предоставление неполной или ложной информации о своем состоянии здоровья.

**Мне была предоставлена возможность задать** все интересующие меня вопросы, на что **получил(а) понятные мне исчерпывающие ответы** и вопросов к медперсоналу не имею.

Согласие на медицинское вмешательство **ДАЮ / НЕ ДАЮ** (подчеркнуть)

**ПОДПИСЬ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 (Ф.И.О. пациента )

Добровольное информированное согласие подписано пациентом в нашем присутствии:

**Врач аллерголог-иммунолог\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(подпись), Ф.И.О.

**Медицинская сестра**

**проводившая исследование: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(подпись), Ф.И.О.

Дата оформления: «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.

Приложение № 11

 к приказу ГБУЗ «ЦМП ДЗМ»

от «03» июля 2023 г. № 128

Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Центр медицинской профилактики Департамента здравоохранения города Москвы»

ИНН 7707087471 /ОГРН 1037739460648, 123060 г. Москва, ул. Маршала Бирюзова д. 39

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ АЛЛЕРГЕН-СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ (АСИТ)**

 Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)*

Дата рождения: "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ г.р., зарегистрированный(ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(адрес регистрации по месту жительства)*

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

*(адрес проживания)*

документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(наименование документа, удостоверяющего личность, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*

СНИЛС: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 *(заполняется при наличии у субъекта персональных данных сведений о СНИЛС)*

действующий(ая) в интересах несовершеннолетнего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего, дата рождения)*

свидетельство о рождении (паспорт) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(наименование документа, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*

Мне согласно моей воле, даны полные разъяснения о диагнозе, степени тяжести и прогнозе моего заболевания, сопутствующих заболеваниях и возможных осложнениях.

Мне в доступной форме разъяснено, что назначенная мне АЛЛЕРГЕН-СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ (АСИТ) – основной метод лечения аллергических заболеваний. Суть метода заключается в снижении чувствительности организма путем введения постепенно возрастающих доз причиннозначимых аллергенов.

**Я информирован(а), что АСИТ проводится амбулаторно под обязательным контролем лечащего врача, согласно утвержденной программе, в режиме работы процедурного (аллергологического) кабинета.**

Мне ясно и понятно, что бесконтрольное лечение и несоблюдение правил проведения АСИТ могут привести к тяжелым аллергическим реакциям, самой тяжелой из которых является анафилактический шок, что необходимо соблюдать гипоаллергенную диету и гиппоаллергенный быт, оставаться в ГБУЗ «ЦМП ДЗМ» не менее 30 минут после инъекции аллергена, информировать медсестру, врача об изменении в состоянии моего здоровья (покраснение, отек и зуд в месте инъекции, затруднение носового дыхания, зуд в полости носа, чихание, кашель, затруднение дыхания, чувство жара, недомогания, позывы на мочеиспускание и дефекацию**), не реже 1 раза в месяц проводить контроль клинического анализа крови и мочи, при себе всегда иметь антигистаминные препараты, назначенные врачом (желательно в виде капель).**

Мне была предоставлена информация обо всех возможных иных методах лечения, применяемых при заболевании несовершеннолетнего ребенка, с учетом анатомо-физиологических особенностей организма и сопутствующей патологии, а также о возможном риске возникновения нежелательных побочных эффектов при их выполнении.

Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем моего несовершеннолетнего ребёнка, в том числе аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на несовершеннолетнего во время жизнедеятельности, о применяемых им лекарственных средствах.

Мне была предоставлена возможность задать все интересующие меня вопросы, на что получил (а) понятные и исчерпывающие ответы.

Мне разъяснено и понятно, что в соответствии с пунктом 3 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» я имею право в любое время отказаться от любого лечения.

**Я ознакомлен (а) и согласен (сна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, понятны, и добровольно даю свое согласие на проведение АСИТ.**

Подпись пациента/законного

представителя пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(подпись) (расшифровка подписи)*

Пациент подписался

в моем присутствии: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(подпись врача) (расшифровка подписи, должность)*

Дата: "\_\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

Приложение № 12

 к приказу ГБУЗ «ЦМП ДЗМ»

от «03» июля 2023 г. № 128

Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Центр медицинской профилактики Департамента здравоохранения города Москвы»

ИНН 7707087471 /ОГРН 1037739460648, 123060 г. Москва, ул. Маршала Бирюзова д. 39

**АКТ**

**Об отказе пациента от подписания информированного добровольного согласия на**

**медицинское вмешательство и об отказе пациента от подписания отказа от**

**медицинского вмешательства**

Настоящим актом удостоверяем, что в кабинете \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в присутствии:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

гражданин \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­(ФИО), записанный на прием к врачу-

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(должность ФИО) на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

отказался от подписания информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и от подписания отказа от медицинского вмешательства.

В соответствии с частью 1 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об

основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» необходимым условием медицинского информированного добровольного согласия гражданина.

После доведения до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО) информации о целях, методах оказания

медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ отказался от подписания информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.

После этого гражданин(у/ке)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ были разъяснены возможные последствия такого отказа от медицинского вмешательства, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ отказался подписать отказ от медицинского вмешательства.

Настоящий акт составлен в присутствии\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подписи лиц, составивших акт:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Заместитель главного врача по медицинской части Д.Е. Азанова  |   Согласовано: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(дата)  Юрисконсульт К.А. Бодрова  Согласовано:  |

1. [↑](#footnote-ref-1)