**Как подготовиться к визиту врача на дом**

|  |
| --- |
| **Памятка для законных представителей несовершеннолетних пациентов.**  Вызов врача на дом – вид амбулаторно-поликлинической помощи, в рамках которого прием больного происходит вне кабинета врача.  Медицинскую помощь детям и подросткам на дому оказывают  врачи-педиатры участковые, врачи общей практики, фельдшеры.  Показания для вызова на дом:           любое значимое ухудшение в состоянии здоровья у детей до 3 лет;           появление неясных высыпаний на коже+ухудшение общего самочувствия;           повышение температуры тела выше 380С;           рвота, жидкий стул, боли в животе;              Обслуживание вызовов на дом осуществляется в течение рабочих часов поликлиники. При этом врач-педиатр сортирует вызовы на дом с учетом возраста детей, предъявляемых жалоб и симптомов.              При вызове врача законный представитель несовершеннолетнего пациента обязан указать:           ФИО ребенка, возраст;           фактический адрес проживания, номер домофона, этаж в многоэтажных зданиях;           четко сформулировать жалобы;           контактный телефон.   После регистрации вызова законный представитель пациента обязан:           обеспечить доступ врача-педиатра участкового в подъезд, а также иное жилище (указать работающий номер домофона, при его отсутствии открыть дверь подъезда, указать номер квартиры на входной двери);           устранить препятствия для доступа  непосредственно к больному (в том числе агрессивных домашних животных);           на входе в дом, квартиру приготовить бахилы (или пакеты и т.п.), либо убрать/закрыть ковровые покрытия;           в помещении, где проводится осмотр пациента предусмотреть условия для врача внесения записей в медицинскую документацию;           Важно! Присутствовать непосредственно одному из родителей или иному законному представителю несовершеннолетнего пациента при оказании ему медицинской помощи.  ЖЕЛАТЕЛЬНО предварительно оформить информированное согласие на оказание или отказ от медицинской помощи    **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**    **Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **(Ф.И.О. гражданина)**  **"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения,**  **зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **(адрес места жительства гражданина**  **либо законного представителя)**  **даю информированное добровольное согласие на виды медицинских**  **вмешательств, включенные в** [**Перечень**](http://base.garant.ru/70172996/#block_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**](http://base.garant.ru/70172996/) **Министерства**  **здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля**  **2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской**  **Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения**  **первичной медико-санитарной помощи / получения первичной**  **медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я**  **являюсь (ненужное зачеркнуть) в**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**  **(полное наименование медицинской организации)**  **Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **(должность, Ф.И.О. 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**](http://base.garant.ru/70172996/#block_1000)**, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев,**  **предусмотренных** [**частью 9 статьи 20**](http://base.garant.ru/12191967/4/#block_2009) **Федерального закона от 21 ноября**  **2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской**  **Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48,**  **ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).**  **Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5**  [**части 5 статьи 19**](http://base.garant.ru/12191967/4/#block_1955) **Федерального закона от 21 ноября 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 (ненужное зачеркнуть)**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **(подпись) (Ф.И.О. 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.**