**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.**