**Refus des interventions médicales comprises dans la Liste** **de certaines interventions médicales auxquelles les citoyens doivent donner le consentement éclairé volontaire lors du choix du médecin et de l’organisme médical afin d’obtenir l’aide médicale de premier recours**

|  |  |
| --- | --- |
| Je, |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| passeport série |  | № |  | délivré: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | né (-é), domicilié (-e) à: |
|  | | |

(adresse de domicile du citoyen ou du représentant légal)

lors des soins médicaux de premier recours/l’aide médicale de premier recours personne dont je suis le représentant légal (à barrer l’intrus) auprès de l’Etablissement public autonome de la santé "Hôpital de District central de Zelenodolsk" refuse des certaines interventions médicales auxquelles les citoyens doivent donner le consentement élcairé volontaire lors du choix du médecin et de l’organisme médical afin d’obtenir l’aide médicale de premier recours approuvé par l’Ordre du Ministère de la santé et du développement social de la Fédération de Russie du 23 avril 2012 №390 н (enregistré par le Ministère de la Justice de la Fédération de Russie le 5 mai 2012 №24082) (ci-après les Interventions médicales) : à souligner le nécessaire

1. Questionnaire, y compris les plaintes, la collecte de l’anamnèse.
2. Examen, y compris la palpation, percussion, auscultation, rhinoscopie, pharyngoscopie, laryngoscopie indirecte, toucher vaginal (pour les femmes), toucher rectal.
3. Thermométrie
4. Tonométrie
5. Examen non invasif de l’organe de la vision et des fonctions visuelles.
6. Etude des fonctions du système nerveux (plans sensitif et locomoteur).
7. Tests de laboratoire, y compris cliniques, biochimiques, bactériologiques, virologiques, immunologiques.
8. Méthodes fonctionnelles d’étude, y compris l’électrocardiographie
9. Les examens radiologiques, y compris la radiophotographie (pour les personnes à partir de 15 ans) et la radiographie, études ultrasonores, examens Doppler.
10. L’introduction des médicaments selon la prescription du médecin, y compris par voie intramusculaire, intraveineuse, [sous-cutané](https://www.multitran.ru/c/m.exe?t=165565_4_2&s1=%EF%EE%E4%EA%EE%E6%ED%FB%E9)e et [intercutané](https://www.multitran.ru/c/m.exe?t=97498_4_2&s1=%EF%EE%E4%EA%EE%E6%ED%FB%E9)e.

|  |  |
| --- | --- |
| Par l’agent de santé |  |
|  | (fonction, nom, prénom, nom patronymique de l’agent de santé) |

on m’a expliqué d’une manière claire les conséquences éventuelles du refus des interventions médicales susvisées, y compris la probabilité des complications de la maladie (de l’état). On m’a expliqué qu’en cas de nécessité de réaliser une ou plusieurs interventions médicales concernant lesquelles le présent refus a été rédigé, je peux faire un consentement éclairé volontaire pour une telle (de telles) intervention (-s) médicale (-s).

Par ailleurs, je donne de bon gré, librement et dans mes propres intérêts mon accord relatif au traitement de mes données personnelles à GAUZ "Zelenodolskaya CRB" en volume et par moyens indiqués dans la Loi fédérale du 27.07.2006 №152-ФЗ «Sur les données personnelles».

№152-ФЗ «Sur les données personnelles»

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (signature) |  | (nom, prénom, nom patronymique du citoyen ou du représentant légal) |
|  |  |  |
| (signature) |  | (nom, prénom, nom patronymique de l’agent de santé) |
|  |  |  |
| (date de rédaction) |  |  |