**Уважаемые родители! (10 летки)**

**Сообщаем Вам, что на основании Приказа МЗ РФ №1346 от 21.12.2012г. «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них» на базе ДГП №38 филиал№3 планируется проведение периодических профилактических осмотров подростков Профилактические осмотры проводятся квалифицированными специалистами и включает в себя следующие виды:**

**Осмотр специалистами:**

**-педиатр**

**-детский хирург**

**-детский травматолог-ортопед**

**-детский отоларинголог**

**-детский офтальмолог**

**-детский невролог**

**-детский стоматолог**

**-детский акушер-гинеколог**

**-детский уролог-андролог**

**-эндокринолог**

**-детский психиатр**

**Анализы:**

**-общий анализ крови**

**-общий анализ мочи**

**-общий анализ кала**

**Инструментальные обследования**

**-ЭКГ**

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ**

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 30, 31, 32, 33 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22.06.1993г. № 5487-1

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указывается ФИО родителя, иного законного представителя ребенка) даю свое согласие на проведение моему ребенку(указывается

ФИОребенка)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.р.

ЭКГ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проведение анализов крови\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, опрос врачом психиатром\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в рамках проводимого профилактического осмотра

Содержание настоящего информированного согласия мною прочитано, мне разъяснено, и понятно, я осознаю, что отказ от указанных выше медицинских услуг может стать причиной несвоевременного выявления заболеваний у моего ребенка.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО родителя или законного представителя)

Администрация ГБУЗ «ДГП№38 ДЗМ»

АНКЕТА (от родителей) для консультации гинеколога

ФИО(девочки)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, школа\_\_\_\_\_\_ класс\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я, мама(ФИО)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(не) согласна на консультацию гинеколога моей дочери.

1)Моя дочь(не) наблюдается у гинеколога, с диагнозом\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2)Жалобы:на неприятные выделения на трусах, боли внизу живота, в пояснице,(спине), в молочных железах-есть/нет(подчеркнуть)

3)Менархе(первая менструация)-(никогда не было) с \_\_\_\_\_возраста, (не) установились в течение \_\_\_\_лет, (без) болезненные; по количеству(скудные, умеренные, обильные); по \_\_\_\_\_ дней, через\_\_\_\_\_\_\_\_\_дней.

4) Последняя нормальная менструация (дата)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5) Половая жизнь-(нет) с \_\_\_\_\_\_\_\_ возраста, меры предохранения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6)С какого возраста: оволосение лобка\_\_\_\_\_\_\_\_, подмышечных впадин-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Нагрубание молочных желез\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_