

**Порядок
дачи информированного добровольного согласия на все виды медицинских
вмешательств и отказа от медицинских вмешательств**

Используемые понятия

ИДС (информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство) - это документальное подтверждение необходимой процедуры - информирования пациента, подтверждающая согласие пациента или его законного представителя на конкретное медицинское вмешательство.

Перечень – это перечень определенных видов медицинских вмешательств, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н., который содержит следующие виды медицинских вмешательств:

- 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 электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных)
- 11) Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования
- 12) Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно
- 13) Медицинский массаж
- 14) Лечебная физкультура

Другие виды медицинского вмешательства - по тексту настоящего порядка под другими видами медицинского вмешательства подразумеваются, медицинские вмешательства не вошедшие в Перечень, а именно, анестезиологическое обеспечение

медицинского вмешательства, на оперативное (эндоскопическое) вмешательство, в т.ч. переливание крови и ее компонентов, на проведение лечебно-медикаментозных блокад и (или) лечебно-медикаментозных инъекций, на операцию переливания компонентов крови, на добровольное проведение вакцинации, на отказ от добровольного проведения вакцинации, на проведение обследования ВИЧ- инфекции, на эндоскопическое обследование и взятие материалов на биопсию, на эндодонтическое лечение зубов, на проведение искусственного прерывания беременности по желанию женщины.

Все виды медицинских вмешательств - включают в себя перечень и другие виды медицинских вмешательств

I. Общие положения

1.1 Перед подписанием ИДС медицинский работник предоставляет в доступной форме информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанных с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

1.2. Полный перечень информации, с которой врач обязан ознакомить пациента следующий:

- о целях медицинского вмешательства,
- возможных методах оказания медицинской помощи,
- о рисках при медицинском вмешательстве,
- вариантах и последствиях медицинского вмешательства,
- о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

При этом информация должна доноситься в корректной форме, чтобы не нанести вреда психологическому здоровью пациента. Получение информации пациентом должно быть первоочередным, после чего оказываются медицинские услуги.

Настоящий порядок устанавливает правила дачи и оформления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, включенных в **Перечень**, и на **другие виды медицинских вмешательств**.

1.3. На указанные виды в пункте 1.2. медицинских вмешательств, граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи.

1.4. Информированное добровольное согласие на **все виды медицинских вмешательств**, и отказ от **всех видов медицинских вмешательств**, дается гражданином либо одним из родителей или иным законным представителем в отношении следующих лиц,

1) лица, не достигшего 15-летнего возраста, (несовершеннолетнего, больного наркоманией, не достигшего возраста шестнадцати лет, и иного несовершеннолетнего, не достигшего возраста пятнадцати лет), или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство;

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).

1.5. ИДС на виды всех медицинских вмешательств, оформляется после выбора медицинской организации и врача при первом обращении в медицинскую организацию за предоставлением первичной медико-санитарной помощи.

1.6. Перед оформлением информированного добровольного согласия на все виды медицинских вмешательств, лечащим врачом либо иным медицинским работником, гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, указанного в пункте 1.4. 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, о последствиях этих медицинских вмешательств, в том числе о вероятности развития осложнений, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

1.7. При отказе от видов медицинских вмешательств, гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, указанного в пункте 1.4. настоящего Порядка, в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния).

1.8. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, оформляется по форме, предусмотренной Приложением № 1 к настоящему приказу и подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в 1.4. настоящего Порядка, а также медицинским работником, оформившим такое согласие, и подшивается в медицинскую документацию пациента.

1.9. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, действительно в течение всего срока оказания первичной медико-санитарной помощи в выбранной медицинской организации.

1.10. Гражданин, один из родителей или иной законный представитель лица, указанного в пункте 1.4. настоящего Порядка, имеет право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, или потребовать его (их) прекращения (в том числе в случае, если было оформлено информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств), за исключением случаев:

1.10.1. если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители (в отношении лиц, указанных в пункте 1.4. настоящего порядка);

1.10.2. в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;

1.10.3. в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами;

1.10.4. в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления);

1.10.5. при проведении судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической экспертизы.

1.11. Отказ от одного или нескольких видов вмешательств, оформляется по форме, предусмотренной Приложением № 2, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в пункте 1.4. настоящего Порядка, а

также медицинским работником, оформившим такой отказ, и подшивается в медицинскую документацию пациента.

II. Правила оформления бланков добровольного информированного согласия

2.1. Бланки добровольного информированного согласия могут быть заполнены собственноручно пациентом или его законным представителем, а также печатным способом, в том числе с использованием средств электронной техники, за исключением строк "подпись пациента/законного представителя" и "Расписался в моем присутствии: Врач".

2.2. При заполнении бланка добровольного информированного согласия рекомендуется использовать шрифты, чернила (пасту) синего или черного цвета.

2.3. Пациент имеет право отказаться от заполнения настоящих бланков. В этом случае допускается получение добровольного информированного согласия не на бланке, а в простой письменной форме с соблюдением требований законодательства Российской Федерации.

2.4. Бланки добровольного информированного согласия могут использоваться при оказании амбулаторно-поликлинической, стационарной помощи, а также в условиях дневного стационара.

2.5. Добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство, на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства, на оперативное вмешательство, в т.ч. переливание крови и ее компонентов, на вакцинацию и на отказ от медицинского вмешательства берется до момента оказания медицинской помощи у каждого пациента или его законного представителя, при поступлении на стационарное лечение, в дневной стационар, для инвазивного вмешательства в амбулаторно-поликлинических условиях, а также в других случаях, вне зависимости от пола, возраста, гражданства, национальной и религиозной принадлежности, а также от принадлежности к прикрепленному контингенту.

2.6. Каждый бланк должен быть заверен собственноручно подписью пациента или его законного представителя, а также подписью врача, получавшего у пациента добровольное информированное согласие. Для собственноручной подписи пациента, его законного представителя и врача предназначено расположенное в нижней части бланка прямоугольное поле, границы которого обозначены пунктирной линией:

2.7. Бланки (Приложения N 1-10) используются для получения добровольного информированного согласия (отказа) у лиц, достигших 15 летнего возраста, а также получения добровольного информированного согласия законных представителей граждан, не достигших 15 летнего возраста и лиц, признанных в установленном порядке недееспособными.

2.8. Дееспособные лица, достигшие 15 летнего возраста (старше 14 лет 11 месяцев 30 дней), подписывают бланки самостоятельно.

2.9. Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители: мать, отец, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных

отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

2.10. При отсутствии законных представителей недееспособного гражданина или состояние которого не позволяет высказать свою волю, решение о необходимости лечения принимает консилиум (заполняется обратная сторона бланков), а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача/ директора Учреждения, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время - ответственного дежурного врача и законных представителей.

2.11. В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения неотложна, вопрос информированном добровольном согласии в интересах гражданина решает консилиум (заполняется обратная сторона бланков), а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача/директора Учреждения, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время - ответственного дежурного врача.

2.12. Не допускается отказ от лечения или медицинского вмешательства лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, или лиц, совершивших общественно опасные деяния, на основаниях и в порядке, установленных законодательством Российской Федерации. Дополнительная информация, регламентирующая случаи, при которых не допускается отказ от медицинского вмешательства оговорены на обороте бланка Приложения N 4.

2.13. При отказе родителей или иных законных представителей лица, не достигшего возраста 15 лет, либо законных представителей лица, признанного в установленном законном порядке недееспособным, от медицинской помощи, необходимой для спасения жизни указанных лиц, больничное учреждение имеет право обратиться в суд для защиты интересов этих лиц.

2.14. Заполнение бланков добровольного информированного согласия (отказа) может быть отложено в военное время, в условиях военного и чрезвычайного положения, при массовом поступлении в лечебно-профилактические учреждения пациентов, пораженных факторами физической, химической или биологической природы, при вспышке особо опасных инфекций.

2.15. В паспортной части бланков указывается следующие данные:

2.15.1. Ф.И.О. пациента (полностью), год рождения, адрес регистрации в соответствии с данными документа, удостоверяющего личность, при отсутствии регистрации - следует указать фактическое место проживания со слов пациента или его законного представителя. Список родственников или законных представителей, которым пациент разрешает предоставить информацию о своем диагнозе, степени тяжести и характере заболевания, заполняется пациентом **СОБСТВЕННОРУЧНО**, а в соответствующих случаях его законными представителями или опекунами. Если состояние пациента не позволяет ему заполнить бланк, а также, когда заполнение бланка осуществляется печатным способом, в т.ч. и с использованием средств вычислительной техники, оно производится уполномоченным медицинским работником.

2.15.2. Раздел "Дополнительная информация" предназначен для внесения врачом любой информации, касающейся получения добровольного информированного согласия у пациента.

2.15.3. При заполнении добровольного информированного согласия (отказа) лицам, не достигшим 15 летнего возраста или граждан, признанных в установленном порядке недееспособными, в строке "Я" указывается фамилия, имя и отчество (полностью) законного представителя ребенка или недееспособного лица. В строке "проживающий" указывается адрес проживания законного представителя. В строке "паспорт" фиксируется номер документа, удостоверяющего личность, в соответствии с перечнем документов, удостоверяющих личность; кем и когда этот документ выдан.

2.15.4. В строке "являюсь законным представителем" путем подчеркивания соответствующего слова указывается степень родства, например: "мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель". В строке "ребенка (Ф.И.О.)" указывается фамилия, имя и отчество ребенка (недееспособного лица), а также год его рождения. В строке "что я (представляемый) госпитализирован" указывается название учреждения, профиль отделения, номер палаты.

2.15.5. Перечень документов, удостоверяющих личность:

- Паспорт гражданина России (паспорт гражданина РФ, действующий на территории РФ с 01.10.1997);

- Паспорт гражданина СССР (только для граждан стран СНГ, не включая Российскую Федерацию);

- Удостоверение личности офицера (для действующих военнослужащих - офицеров, прапорщиков, мичманов);

- Военный билет (для военнослужащих - солдат, матросов, сержантов, старшин, в настоящее время проходящих военную службу по призыву или контракту);

- Справка об освобождении из мест лишения свободы (для лиц, освобожденных из мест лишения свободы);

- Паспорт иностранного государства (для иностранных граждан, находящихся на территории РФ временно);

- Заграничный паспорт (для граждан России, постоянно проживающих за границей и находящихся на территории Российской Федерации временно);

- Паспорт моряка (удостоверение личности гражданина, работающего на судах заграничного плавания или на иностранных судах);

- Вид на жительство в Российской Федерации;

- Удостоверение беженцев Российской Федерации (для беженцев);

- Свидетельство о регистрации ходатайства иммигранта о признании его беженцем (для беженцев, не имеющих статуса беженца);

- Временное удостоверение личности гражданина РФ (по форме 2П);

- Свидетельство о рождении (для лиц, не достигших 14-ти летнего возраста).

2.16. Порядок заполнения бланков

2.16.1. Заполнение бланка информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство (**Приложение N 1**).

- Бланк должен быть заполнен и подписан врачом и пациентом до начала лечения.

- Заполняется, как правило, при поступлении (в приемном отделении или регистратуре), и вклеивается в медицинскую карту амбулаторного/стационарного

больного. Заполняется паспортная часть бланка. Бланк вклеивается в медицинскую карту стационарного больного (ф. 003/у), историю родов (ф. 096/у), амбулаторную карту (ф. 025/у), индивидуальную карту беременной и родильницы (ф. 111/у), историю развития новорожденного (ф. 097/у) или другую медицинскую документацию.

При заполнении данного бланка пациент дает разрешение на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинских ВУЗов и колледжей. Если пациент не согласен на осмотр другими специалистами, то в абзаце "Я _____ согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками...", пациент вписывает между словами "Я" и "согласен" частицу "НЕ".

2.16.2. Заполнение бланка отказа от проведения медицинского вмешательства. **(Приложение N 2).**

- Этот вид бланка используется в случае отказа пациента от медицинского вмешательства: операции, приема лекарственных средств, переливания крови и ее компонентов, отказа от госпитализации, от продолжения курса лечения в условиях стационара, дневного стационара, поликлиники и в других неговоренных в данной Инструкции случаях.

- В соответствии с действующим законодательством, при отказе от медицинского вмешательства гражданину или его законному представителю в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия отказа.

- При заполнении бланка отказа от медицинского вмешательства вначале заполняется паспортная часть бланка в соответствии с пунктом II.1 настоящей Инструкции. Указывается название лечебного учреждения, отделения и N палаты, где он находится на лечении.

- В разделе "Возможные последствия отказа", врач кратко указывает основные возможные последствия отказа от лечения, к примеру: "преждевременные роды, развитие энцефалопатии, летальный исход" и т.п.

- Пациент или его законный представитель указывает на бланке число месяц и год заполнения бланка и расписывается в соответствующей графе. Бланк визируется врачом, получившим добровольное информированное согласие на отказ от медицинского вмешательства. Бланк вклеивается в карту стационарного больного (ф. 003/у), историю родов (ф. 096/у), амбулаторную карту (ф. 025/у), индивидуальную карту беременной и родильницы (ф. 111/у), историю развития новорожденного (ф. 097/у) и другую медицинскую документацию. Если пациент отказывается от дальнейшего проведения лечения и настаивает на выписке из стационара, бланк вклеивается в медицинскую карту стационарного больного вместе с выписным эпикризом. В случае, если пациент является недееспособным лицом и его состояние не позволяет выразить его законную волю, то бланк подписывают его опекуны или законные представители.

2.16.3. Заполнение бланка информированного добровольного согласия на вакцинацию или отказа от них **(Приложение N 3).**

- Данный бланк должен использоваться при проведении вакцинации в ООО «Практическая медицина».

- Вначале заполняется паспортная часть бланка. Указывается название лечебного учреждения, отделения и N палаты (если пациент находится на стационарном лечении).

- В предложении "Добровольно даю свое согласие на вакцинацию меня/лица, законным представителем которого я являюсь" подчеркивается ручкой или используется шрифт с подчеркиванием:

- Если вакцинируется лицо, подписывающее согласие на вакцинацию, то подчеркиванием выделяется слово "Меня". В случае, если согласие заполняет законный представитель вакцинируемого, то подчеркивается фраза "лица, законным представителем которого я являюсь". Далее в строке "от" указывается заболевание или заболевания для предупреждения которых, делается вакцинация. После слова "Вакциной" указывается название иммунобиологического препарата, которым производится вакцинация.

Данный бланк используется не только при применении профилактических вакцин, но и при применении вакцин лечебных. Например: гоно вакцина, герпетическая вакцина и т.п. Бланк подклеивается к медицинской документации.

2.16.4 Заполнение бланка информированного добровольного согласия на проведение лечебно-медикаментозных блокад и (или) лечебно-медикаментозных инъекций (**Приложение N 4**).

- Данный бланк должен использоваться при проведении инъекций, блокад, а также аллергических проб в стационарах, поликлинике Учреждения.

- Вначале заполняется паспортная часть бланка. Указывается название лечебного учреждения, отделения и N палаты (если пациент находится на стационарном лечении).

- В предложении "Добровольно даю свое согласие на проведение лечебно-медикаментозных блокад и (или) лечебно-медикаментозных инъекций, законным представителем которого я являюсь" подчеркивается ручкой или используется шрифт с подчеркиванием:

- Если указанные процедуры проводятся в отношении лица, подписывающего согласие, то подчеркиванием выделяется слово "Меня". В случае, если согласие заполняет законный представитель пациента, то подчеркивается фраза "лица, законным представителем которого я являюсь". Далее в строке "наименование инъекций, блокад, аллергических проб" указывается точное наименование процедуры.

В специально помеченных графах проставляются подписи пациента, врача, медсестры и дата.

Приложение № 1 к Порядку о
добровольном информированном
согласии на медицинское
вмешательство
УТВЕРЖДЕНО

Приказом Генерального
директора ООО «Практическая
медицина»

от «____» _____ 2017 г. № _____

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я _____
(фамилия, имя, отчество – полностью)
_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных

граждан: Я, _____,
паспорт: _____ выдан: _____
являюсь законным представителем (**мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель**)
ребенка или лица,
признанного
недееспособным:

_____ (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина –
полностью, год рождения)

- поставлен (поставлена) в известность ООО «Практическая медицина» и
- Мне согласно моей воли даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого);
 - Я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении, и обязуюсь их соблюдать;
 - Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому), в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований: анализа крови общего и биохимического, исследований крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы, анализа мочи общего, электрокардиографии; проведения рентгеновских, ультразвуковых и эндоскопических исследований и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, диагностических и лечебных пункций, физиотерапевтических процедур. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно;
 - Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения;
 - Я извещен (извещена) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу

о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;

- Я предупрежден (предупреждена) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

- Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

- Я согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны

- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;

- Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам:

- Разрешаю посещение в лечебном учреждении представляемого ребенка или лица, признанного недееспособным, следующим гражданам:

ОБОРОТНАЯ СТОРОНА БЛАНКА

Согласие на медицинское вмешательство (лечение) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

При отсутствии законных представителей решение о необходимости лечения принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача/ директора Учреждения, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача и законных представителей.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача/ директора Учреждения, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача.

Дополнительная информация:

“ ____ ” _____ 20 ____ года. Подпись пациента/законного
представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач _____ (подпись
)
(Должность, И.О. Фамилия)

Консилиум врачей в составе:

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

“ ____ ” _____ 20 ____ года

**Приложение № 2 к Порядку о
добровольном информированном
согласии на медицинское
вмешательство**

Отказ от проведения медицинского вмешательства

Я _____
(фамилия, имя, отчество – полностью)
_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я, _____, паспорт: _____ выдан: _____ являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____ (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

находясь на лечении (обследовании) в ООО «Практическая медицина»

_____ (название отделения, номер палаты)

отказываюсь от проведения медицинского вмешательства мне (представляемому).

- Мне, согласно моей воли, даны полные и всесторонние сведения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (заболевания представляемого), включая данные о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения;

- Мне подробно в доступной для меня форме разъяснены возможные последствия моего отказа (отказа представляемого) от предлагаемого медицинского вмешательства. Я осознаю, что отказ от медицинского вмешательства (лечения) может отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья (здоровья представляемого) и даже привести к неблагоприятному исходу.

Возможные последствия отказа от медицинского вмешательства: _____

_____ (указываются врачом)

Дополнительная информация:

- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно, пользуясь своим правом, предусмотренным статьей 33 “Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан”, отказываюсь от проведения медицинского вмешательства (лечения).

**ОБОРОТНАЯ СТОРОНА
БЛАНКА**

Гражданин или его законный представитель имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения.

НЕ ДОПУСКАЕТСЯ отказ от лечения или медицинского вмешательства лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, или лиц, совершивших общественно опасные деяния, на основаниях и в порядке, установленных законодательством Российской Федерации.

На основании пункта 3 статьи 17 Федерального закона от 09.01.1996 № 3-ФЗ “О радиационной безопасности населения” гражданин (пациент) имеет право отказаться от медицинских рентгенорадиологических процедур, за исключением профилактических исследований, проводимых в целях выявления заболеваний, опасных в эпидемиологическом отношении.

При отказе от медицинского вмешательства гражданину или его законному представителю в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается гражданином либо его законным представителем, а также медицинским работником.

При отказе родителей или иных законных представителей лица, не достигшего возраста

15 лет, либо законных представителей лица, признанного в установленном законном порядке недееспособным, от медицинской помощи, необходимой для спасения жизни указанных лиц, больничное учреждение имеет право обратиться в суд для защиты интересов этих лиц.

От подписи бланка добровольного информированного согласия на отказ от проведения медицинского вмешательства отказался (отказалась):

года. Подпись пациента/законного
“ ____ ” _____ 20 ____ представителя

Расписался в моем присутствии:

(подпись

)
Врач _____
(Должность, И.О. Фамилия)

Консилиум врачей в составе:

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

“ ____ ” _____ 20 ____ года

**Приложение № 3 к Порядку о
добровольном информированном
согласии на медицинское
вмешательство**

**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ИЛИ ОТКАЗА ОТ НИХ**

Я, нижеподписавшийся (аяся),

(фамилия, имя, отчество пациента, родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего, что проинформирован(а) врачом:

а) о том, что профилактическая прививка – это введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням;

- Мне понятен смысл и цели вакцинации.

- К моменту вакцинации у меня (представляемого) нет никаких острых жалоб на здоровье (температуры, боли, озноба, сильной слабости).

- Я понимаю, что вакцинация – это профилактическое медицинское мероприятие, которое снижает риск развития отдельных заболеваний в течение определенного промежутка времени от момента вакцинации.

- Мне ясно и я принимаю тот факт, что после вакцинации редко могут наблюдаться реакции на прививку, которые могут быть местными (покраснение, уплотнение, боль, жжение, зуд в месте инъекции и другие) и общими (повышение температуры, недомогание, озноб и другие). Мне понятно, что крайне редко, но могут наблюдаться поствакцинальные осложнения (шок, аллергические реакции и другие), но вероятность возникновения таких реакций значительно ниже, чем вероятность развития неблагоприятных исходов заболеваний, для предупреждения которых производится вакцинация.

- Я осознаю, что на основании Федерального закона от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ “Об иммунопрофилактике инфекционных болезней” 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.

- Я предупрежден (предупреждена) о факторах риска и противопоказаниях к вакцинации.

- Я ознакомлен (ознакомлена) с мерами социальной защиты граждан при возникновении поствакцинальных осложнений.

- Я поставил (поставила) в известность медицинского работника о предшествующих вакцинациях, обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе о любых формах аллергических проявлений или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, о наличии реакций или осложнений на предшествующие введения вакцин у меня (представляемого) и ближайших родственников. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на вакцинацию.

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.

Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил 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

(название прививки)

ОБОРОТНАЯ СТОРОНА БЛАНКА

(добровольно отказываюсь от проведения прививки)¹ _____
(название прививки)

_____ (указывается фамилия, имя, отчество и год рождения пациента,
несовершеннолетнего пациента)
Я, нижеподписавшийся(ая)² _____

_____ (фамилия, имя, отчество пациента, родителя (иного
законного представителя) несовершеннолетнего)

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 Нужно подчеркнуть.

² Заполняется для несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетних больных наркоманией в возрасте до 16 лет.

**Приложение № 4 к Порядку о
добровольном информированном
согласии на медицинское
вмешательство**

**Информированное добровольное согласие на проведение лечебно-медикаментозных
блокад и (или) лечебно-медикаментозных инъекций**

Я _____
(фамилия, имя, отчество – полностью)
_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я, _____, паспорт: _____, выдан: _____, являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____ (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

Добровольно даю свое согласие на проведение лечебно-медикаментозных блокады, и (или) лечебно-медикаментозной инъекции лица, законным представителем которого я являюсь,

(наименование инъекций, блокад, аллергических проб).

и прошу персонал медицинского учреждения о ее проведении.

Мне разъяснена методика проведения процедуры, возможные осложнения планируемых мне согласно диагнозу процедур.

“ ____ ” _____ 20 ____ года. Подпись пациента/законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач _____ (подпись)
(Должность, И.О. Фамилия)

