

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Крым
«Крымский республиканский клинический центр фтизиатрии и
пульмонологии»

П Р И К А З

«02» моя 2023 г.

№ 106

«Об утверждении форм согласия и отказа при обращении граждан за медицинской помощью в ГБУЗ РК «Крымский республиканский клинический центр фтизиатрии и пульмонологии»

В целях обеспечения выполнения требований ст.20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ст. 7 Федерального закона от 18.06.2001 №77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» и в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 20 декабря 2012 г. № 1177н « Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинского вмешательства и форм отказа от медицинского вмешательства», Приказом Министерства и социального развития РФ от 23 апреля 2012 г. № 390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи" и приказом Министерства Здравоохранения РФ от 15.11.2012 №932н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить формы информированного добровольного согласия и отказа на медицинское вмешательство:
 - 1.1. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в условиях амбулаторно-поликлинического отделения (Приложение 1);
 - 1.2. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (Приложение 2);
 - 1.3. Отказ от медицинского вмешательства (Приложение 3).
2. Заведующим обособленных структурных подразделений ГБУЗ РК «КРКЦФИП» ввести в работу данные виды форм.

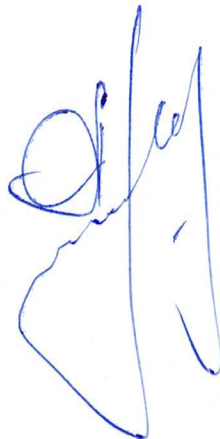
3. Контроль исполнения настоящего приказа возложить на заместителя директора по медицинской части Козыкину В.И.

Директор



Н.Н. Аухадиев

Согласовано:
Начальник юридического отдела



А.Ш. Сеттаров

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в условиях амбулаторно-поликлинического отделения

Я _____
(фамилия, имя, отчество)
_____ 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)

- Мне согласно моей воле, во исполнение требований ст.20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323 – ФЗ даны полные и всесторонние разъяснения моих прав при обращении за медицинской помощью;

- Даю 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, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть).

В том числе на оказание противотуберкулезной помощи, направленной на выявление и профилактику туберкулеза, обследование и лечение, в том числе обязательные обследование и лечение, диспансерное наблюдение в Амбулаторном отделении №1;

- Я ознакомлена (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, 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. Также я информирован о том, что результаты тестов исследований на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов могут быть как ложно отрицательными, так и ложно положительными. 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 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, курения;

- Мне, медицинским работником в доступной для меня форме 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, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

- Мне разъяснено, почему проведение обследования и диспансерного наблюдения мне необходимо, разъяснено действие назначаемых мне лекарственных препаратов.

Я проинформирован, что:

- туберкулезом часто заболевают лица, находящиеся в контакте с больными туберкулезом;
- туберкулез значительно ухудшает состояние здоровья и может приводить к смерти;
- по состоянию моего здоровья я должен проходить обязательные обследования и лечение с целью выявления и профилактики туберкулеза;
- по состоянию моего здоровья я должен пройти дополнительные обследования с целью выявления туберкулеза;
- по состоянию моего здоровья назначаемые мне препараты необходимы для предотвращения моего заболевания туберкулезом;
- назначенные мне препараты должны подавлять размножение бактерий туберкулеза в моем организме;
- чем лучше я буду соблюдать сроки обследования и режим приема препаратов, тем меньше вероятность, что я заболею туберкулезом;
- все назначаемые мне лекарственные препараты разрешены к применению в России;
- как и любое лекарственное средство, назначенные мне препараты могут вызывать некоторые побочные реакции, о возможном появлении которых я информирован;
- если вследствие проведения профилактического лечения возникнет угроза моей жизни и здоровью, лечение может быть прекращено по решению моего лечащего врача.

Я обязуюсь:

- проходить по назначению моего лечащего врача медобследование и профилактические мероприятия, в том числе путем применения лекарственных препаратов;
- находиться под наблюдением и соблюдать периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций) в соответствии с порядком диспансерного наблюдения за лицами, находящимися под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом;
- проходить медобследование для контроля за действием назначенных мне препаратов по установленному графику, сдавать анализы, проходить рентгенологическое обследование;
- принимать назначенные мне лекарственные препараты строго в соответствии с предписанием моего лечащего врача;
- сообщать моему лечащему врачу обо всех нарушениях в приеме назначенных мне препаратов или прекращении их приема по каким-либо причинам;
- сообщать моему лечащему врачу обо всех изменениях в состоянии моего здоровья и делать это незамедлительно (в течение суток), если я считаю, что эти изменения связаны с приемом назначенных мне препаратов;
- не принимать, не посоветовавшись с моим лечащим врачом, назначившим мне лекарственные препараты, какие-либо другие лекарственные препараты (даже если они назначаются другим

врачом). Если же прием этих лекарств неизбежен (например, в неотложных или экстренных случаях), обязательно сообщать об этом моему лечащему врачу;

– соблюдать санитарно-эпидемиологические правила и гигиенические нормативы, установленные для лиц, находящихся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом;

– не препятствовать проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, предусмотренных законодательством в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

- *Я согласен (согласна) на участие в лечебно-диагностических действиях других медицинских работников (не штатных сотрудников _____), студентов медицинских вузов и колледжей, а также лиц, проходящих послевузовское обучение, либо лиц к ним приставленных, исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны;

(в случае возражения по разделу (*) в графе данного раздела подпись, поставить – НЕТ) _____

- Я извещен (а), что в случае нарушения мной предписанных и (или) рекомендованных лечащим врачом назначений (методов лечения), а также курения, употребления алкогольных и (или) токсических, и (или) психотропных и наркотических веществ, ответственность за возможные последствия несет пациент _____/подпись/;

- Я ознакомлен (а) и согласен (а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение

_____ (фамилия, имя, отчество-полностью)

« _____ » _____ 20 _____ г. Подпись гражданина (ки) _____ / подпись/

- Разрешаю предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам (в случае отсутствия таковых лиц, либо возражаю о предоставлении сведений – поставить ниже – НЕТ):

1. _____ (Ф.И.О.) _____ (контактный телефон)

2. _____ (Ф.И.О.) _____ (контактный телефон)

3. _____ (Ф.И.О.) _____ (контактный телефон)

4. _____ (Ф.И.О.) _____ (контактный телефон)

« _____ » _____ 20 _____ г. Подпись гражданина (ки) _____

Подтверждаю, что гражданин (ка) подписал(а) настоящее информированное добровольное согласие в моем присутствии

Врач _____ (должность) _____ (подпись)

_____/Ф.И.О./

Лечебное учреждение: _____

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я,

_____ (фамилия, имя, отчество – полностью)
_____ года рождения, проживающий (проживающая) 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 (а) в известность, что я (представляемый) госпитализирован (госпитализирована) в отделение _____

_____ (указать название или профиль отделения)

- настоящим подтверждаю, что в соответствии со статьей 31 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993 № 5487-1, в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о состоянии своего здоровья или здоровья _____,

_____ (Ф. И. О. несовершеннолетнего до 15 лет, недееспособного)

- Я ознакомлен (а) 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. Также я информирован о том, что результаты тестов исследований на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов могут быть как ложно отрицательными, так и ложно положительными. 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 (а) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия; о плане предполагаемого медикаментозного лечения и действия лекарственных средств, в том числе о возможном изменении медикаментозной терапии в случае непереносимости тех или иных лекарственных средств; Согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;
- Я извещен (а) о прогнозе и методах дальнейшего лечения заболевания в зависимости от изменения состояния здоровья, требующего изменения тактики лечения, в том числе о

- Я предупрежден (а) 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 уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которые могут потребоваться в целях моего (представляемого мною лица) обследования и лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций;

- Со мной обсуждены последствия отказа от обследования и лечения. Мне разъяснено, что в случаях, когда состояние пациента не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения будет неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве, о его виде и тактике проведения, в том числе дополнительном вмешательстве, в интересах пациента решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц организации здравоохранения и законных представителей;

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

- Получив полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной вопросы, и имея достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенное мне (представляемому мною лицу) обследование и лечение, подтверждаю, что мне понятны используемые термины, суть моего заболевания и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания, добровольно в соответствии со статьей 32 основ законодательства Российской Федерации «Об охране здоровья граждан в РФ» от 22.07.1993 № 5487-1, даю свое согласие на госпитализацию.

Подбор и осуществление медикаментозного и других видов лечения доверяю своему лечащему врачу _____

(фамилия, имя, отчество)

Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия на госпитализацию мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

« ____ » _____ 20__ года _____ / _____ /
подпись пациента / расшифровка подписи
(законного представителя)

- 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: _____

« ____ » _____ 20__ года Подпись пациента /законного представителя _____

Расписался в моем присутствии:

Врач _____ (должность Ф.И.О.) _____ (подпись)

ПРИМЕЧАНИЕ:

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

При отсутствии законных представителей решение о необходимости лечения принимает консилиум, если нет возможности собрать консилиум-непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением руководства Лечебного учреждения: _____, а в выходные и праздничные дни, вечернее или 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, при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением руководства Лечебного 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 _____ (должность, И.О. Фамилия) _____ (подпись)

Консилиум врачей в составе:

Должность Ф.И.О. и подпись _____

Должность Ф.И.О. и подпись _____

Должность Ф.И.О. и подпись _____

« _____ » _____ 20 _____ года

Отказ от медицинского вмешательства

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина либо законного представителя)
зарегистрированный по адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

_____ в отношении

_____ (Ф. И. О. (при наличии) пациента и дата рождения при подписании отказа законным представителем)

При оказании мне (представляемому лицу) первичной медико – санитарной помощи в

_____ (полное наименование медицинской организации)

Отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных 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, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. №390н:

_____ (наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния) _____

_____ (указываются возможные последствия отказа от вышеуказанного (ых) вида (видов) медицинского вмешательства, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния))

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой (такие) вид (виды) медицинского вмешательства.

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного представителя)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. (при наличии) медицинского работника)

Дата оформления:

« _____ » _____ 20 _____ г.