

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

П Р И К А З

4 апреля 2024 г.

№ 114

*«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 12.11.2021 г. №1051н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы 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. Считать утратившим силу приказ ГБУЗ РК «КРКЦФиП» от 02.05.2023 г. №106.

4. Начальнику отдела информатизации Князеву В.В. разместить настоящий приказ на официальном сайте ГБУЗ РК «КРКЦФиП».

5. 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 (при наличии) гражданина либо законного представителя)
" ____ " _____ г. рождения,
(дата рождения гражданина либо законного представителя)
зарегистрированный по адресу:

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при
подписании согласия законным представителем)
" ____ " _____ г. рождения,
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)
проживающего по адресу:

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

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;

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.

в _____
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____
(должность, ФИО (при наличии) 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, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

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/.

- Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №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), в том числе после смерти:

1. _____ (Ф.И.О. при наличии) _____ (контактный телефон)
2. _____ (Ф.И.О. при наличии) _____ (контактный телефон)
3. _____ (Ф.И.О. при наличии) _____ (контактный телефон)
4. _____ (Ф.И.О. при наличии) _____ (контактный телефон)

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

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

(подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

" _____ " _____ Г.
(дата оформления)

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

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

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при
подписании согласия законным представителем)
" ____ " _____ г. рождения,
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)
проживающего по адресу:

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

Поставлен (а) в известность, что я (представляемый) госпитализирован (госпитализирована) в отделение

_____ (указать название или профиль отделения)

- настоящим подтверждаю, что в соответствии со статьей 22 Федерального закона Российской Федерации «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. №323, 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;

- 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).

- 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.

Медицинским работником _____

(должность, ФИО (при наличии) 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, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

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 20 Федерального закона Российской Федерации «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. №323, даю свое согласие на госпитализацию.

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

(фамилия, имя, отчество)

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №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), в том числе после смерти:

1. _____ (Ф.И.О. при наличии) _____ (контактный телефон)
2. _____ (Ф.И.О. при наличии) _____ (контактный телефон)

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

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

(подпись)

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

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

" _____ " _____ Г.
(дата оформления)

Отказ от медицинского вмешательства

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

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)
в отношении _____ " ____ " _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (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.