

ДОНЕЦКАЯ НАРОДНАЯ РЕСПУБЛИКА



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

83003, г. Донецк, пр-т Ильича 14-И, тел. (062) 312-91-26, E-mail: minzdrav.dnr@mail.ru

от «20» 08 2015 года

ПРИКАЗ
г. Донецк

№ 02.1/286



Об утверждении Порядка
дачи и оформления информированного добровольного согласия
на медицинское вмешательство или отказа от него

В соответствии с пунктом 8 статьи 61 Закона Донецкой Народной Республики «О здравоохранении», руководствуясь пунктами 11, 13 Положения о Министерстве здравоохранения Донецкой Народной Республики, утвержденного Постановлением Совета Министров Донецкой Народной Республики от 10.01.2015 г. № 1-33,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить Порядок дачи и оформления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство или отказа от него (прилагается).

2. Установить ответственность руководителей органов и учреждений Донецкой Народной Республики за надлежащее выполнение Порядка дачи и оформления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство или отказа от него, утвержденного данным приказом.

3. Главному специалисту юридического сектора Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики (Лопушанскому М.В.) обеспечить представление данного приказа в Министерство юстиции Донецкой Народной Республики для его государственной регистрации.

4. Контроль за исполнением данного приказа оставляю за собой.

5. Приказ вступает в силу со дня опубликования.

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

УТВЕРЖДЕНО
Приказ Министерства
здравоохранения Донецкой
Народной Республики
от 20.08.2015 № 012.1/286

**Порядок
дачи и оформления информированного добровольного согласия на
медицинское вмешательство или отказа от него**

1. Общие положения

1.1. Настоящий Порядок дачи и оформления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство или отказа от него (далее – Порядок) устанавливает правила дачи и оформления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство или отказа от него и разработан в соответствии со статьями 61-63 Закона Донецкой Народной Республики «О здравоохранении».

1.2. Под медицинским вмешательством в данном Порядке подразумевается выполняемое медицинским работником воздействие на физическое или психическое состояние человека и имеющее лечебно-профилактическую, исследовательскую, реабилитационную направленность, а также наблюдение за беременными и родовспоможение, искусственное оплодотворение и прерывание беременности, переливание крови и ее компонентов, трансплантация органов и тканей, имплантация устройств, изделий и материалов, изменение внешности и пола, протезирование.

1.3. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от него дается гражданином либо одним из родителей или иным законным представителем в отношении лиц, указанных в пункте 1.4. настоящего Порядка.

1.4. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от него дает один из родителей или иной законный представитель в отношении:

1.4.1. лица, не достигшего возраста, установленного совершеннолетия, или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство;

1.4.2. 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 Донецкой Народной Республики случаев приобретения несовершеннолетними полной дееспособности до достижения ими восемнадцатилетнего возраста).

1.5. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, отказ от него берется строго до момента оказания медицинской помощи у каждого пациента или его законного представителя при обращении за медицинской помощью, вне зависимости от пола, возраста, гражданства, национальной и религиозной принадлежности, а также от принадлежности к прикрепленному контингенту.

1.6. Настоящий Порядок не распространяется на случаи проведения медицинских вмешательств пациентам с расстройствами психики и поведения, а также пациентам с заболеваниями, представляющими эпидиопасность для окружающих. Для указанных категорий пациентов Порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство определяется отдельными нормативно-правовыми актами.

2. Дача и оформление информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство

2.1. Перед получением информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство лечащим врачом либо иным медицинским работником учреждения здравоохранения 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 медицинских вмешательств, последствиях этих медицинских вмешательств, в том числе о вероятности развития осложнений, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

2.2. Информированное добровольное согласие на:

2.2.1. медицинское вмешательство оформляется по форме, в соответствии с приложением 1 к данному Порядку;

2.2.2. оперативное вмешательство, в т.ч. переливание крови и ее компонентов, оформляется по форме, в соответствии с приложением 2 к данному Порядку;

2.2.3. анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства оформляется по форме, в соответствии с приложением 3 к данному Порядку;

2.2.4. вакцинацию оформляется по форме, в соответствии с приложением 4 к данному Порядку.

2.3. Формы вышеуказанных бланков информированного добровольного согласия могут быть заполнены собственноручно пациентом или его законным представителем, а также печатным способом, в том числе с использованием средств вычислительной техники, за исключением строк «Пациент (или его законный представитель) способен осознавать характер своих деяний, может управлять ими, способен понимать возможные последствия. Подпись врача», «Подпись пациента/законного представителя» и «Расписался в моем присутствии».

2.4. Пациент имеет право отказаться от заполнения вышеуказанных бланков. В данном случае допускается получение информированного добровольного согласия пациента не на бланке, а в письменной форме с соблюдением требований законодательства Донецкой Народной Республики.

2.5. Бланки информированного добровольного согласия могут использоваться при оказании амбулаторно-поликлинической (в том числе в условиях дневного стационара, стационара на дому) и стационарной помощи, при санаторно-курортном лечении.

2.6. Каждый бланк должен быть заверен собственноручно подписью пациента или его законного представителя, а также подписью должностного лица.

2.7. Оформленное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в пункте 1.4. настоящего Порядка, а также медицинским работником, оформившим такое согласие, и хранится в медицинской документации пациента.

3. Проведение медицинского вмешательства без согласия гражданина

3.1. В соответствии со ст. 62 Закона Донецкой Народной Республики «О здравоохранении» медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается:

3.1.1. 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. данного Порядка);

3.1.2. в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими эпидиопасность для окружающих;

3.1.3. в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, подлежащими принудительному осмотру и лечению в соответствии с действующим законодательством;

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

3.1.5. при проведении судебно-медицинской и (или) судебно-психиатрической и (или) судебно-психологической экспертиз.

3.2. Проведение медицинского вмешательства без согласия гражданина в случаях, указанных в пунктах 3.1.2.–3.1.5. настоящего Порядка регулируется отдельными нормативно-правовыми актами Донецкой Народной Республики.

3.3. Если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни пациента и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители, решение о проведении медицинского вмешательства принимается консилиумом врачей, а в случае, если собрать консилиум невозможно, - непосредственно лечащим (дежурным) врачом с внесением такого решения в медицинскую документацию пациента и последующим уведомлением должностных лиц учреждения здравоохранения (руководителя учреждения здравоохранения или руководителя отделения учреждения здравоохранения), гражданина, в отношении которого проведено медицинское вмешательство, одного из родителей или иного законного представителя.

3.4. Заключение консилиума врачей о необходимости проведения медицинского вмешательства оформляется по форме, в соответствии с приложением 5 к данному Порядку, и хранится в медицинской документации пациента.

3.5. Решение врача о необходимости проведения медицинского вмешательства оформляется по форме, в соответствии с приложением 6 к данному Порядку, и хранится в медицинской документации пациента.

4. Оформление отказа от медицинского вмешательства

4.1. Гражданин, один из родителей или иной законный представитель лица, указанного в пункте 1.4. настоящего Порядка, имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения (в том числе в случае, если ранее было оформлено информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство), за исключением случаев, предусмотренных частью 1 статьи 62 Закона Донецкой Народной Республики «О здравоохранении».

4.2. При отказе от медицинского вмешательства, 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).

4.3. Отказ от проведения медицинского вмешательства (далее – отказ) оформляется по форме, в соответствии с приложением 7 к данному Порядку и подписывается пациентом, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в пункте 1.4. настоящего Порядка, а также медицинским работником, оформившим такой отказ, и хранится в медицинской документации пациента.

4.4. Пациент имеет право отказаться от заполнения вышеуказанного бланка. В данном случае допускается получение отказа от медицинского вмешательства не на бланке, а в письменном виде – в форме заявления на имя руководителя учреждения здравоохранения с соблюдением требований законодательства Донецкой Народной Республики.

4.5. В случае отказа пациента от подписи вышеуказанного бланка и его нежелании изложить свой отказ в письменной форме в заключительной части бланка отказа заполняется Акт отказа от подписи, который визируется лечащим врачом и двумя свидетелями из числа медицинского персонала (с целью сохранения врачебной тайны не допускается привлечение к подписанию данного Акта посторонних лиц).

4.6. Отказ от медицинского вмешательства берется у пациента или его законного представителя до момента оказания медицинской помощи вне зависимости от пола, возраста, гражданства, национальной и религиозной принадлежности, а также от принадлежности к прикрепленному контингенту.

4.7. Каждый бланк должен быть заверен собственноручно подписью пациента или его законного представителя, а также подписью должностного лица.

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

4.9. Законный представитель лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, обязан известить орган опеки и попечительства по месту жительства подопечного об отказе от медицинского вмешательства, необходимого для спасения жизни подопечного, не позднее дня, следующего за днем этого отказа.

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

Приложение 1
к Порядку дачи и оформления
информированного добровольного
согласия на медицинское
вмешательство или отказа от него
(пункт 2.2.1.)

_____ (наименование учреждения здравоохранения)

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Медицинскую информацию о диагнозе (в т.ч. предварительном), тактике обследования и лечения предоставил врач:

Ф.И.О. врача _____

Пациент (или его законный представитель) способен осознавать характер своих деяний, может управлять ими, способен понимать возможные последствия

« _____ » _____ 20__ г. Подпись врача _____

Я, _____

(фамилия, имя, отчество – полностью)

_____ года рождения, проживающий (ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста установленного совершеннолетия, 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)

_____ (наименование и реквизиты (при наличии) документа, подтверждающего полномочия законного представителя)

поставлен (поставлена) в известность, что я (представляемый) госпитализирован (госпитализирована) в отделение _____

_____ (указать название или профиль отделения)

1. Мне, согласно моей воле, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого).

2. Я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном учреждении здравоохранения, и обязуюсь их соблюдать.

3. 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.

4. 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.

Продолжение приложения 1
к Порядку дачи и оформления
информированного добровольного
согласия на медицинское
вмешательство или отказа от него

5. 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.

6. 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.

7. 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, в т.ч. ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов, туберкулеза, инфекций, передаваемых половым путем, 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.

8. Я _____ согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинского университета, училищ и колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

9. Я _____ даю согласие на внесение в локальную информационную госпитальную систему, которая ведется учреждением здравоохранения моих (представляемого) персональных данных, в том числе данных о состоянии моего (представляемого) здоровья, установленных мне (представляемому) диагнозов, назначенном лечении и течении заболевания.

10. Я _____ соглашаюсь с использованием и обработкой моих (представляемого) персональных данных при условии соблюдения требований действующего законодательства по их защите.

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

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

13. Разрешаю посещение в учреждении здравоохранения представляемого ребенка или лица, признанного недееспособным, следующим гражданам: _____

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

Расписался в моем присутствии:

Врач _____

(Ф.И.О., должность)

(подпись)

Приложение 2
к Порядку дачи и оформления
информированного добровольного
согласия на медицинское
вмешательство или отказа от него
(пункт 2.2.2.)

_____ (наименование учреждения здравоохранения)

**Информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство,
в т.ч. переливание крови и ее компонентов**

Медицинскую информацию о диагнозе (в т. ч. предварительном), тактике обследования и лечения предоставил врач:

Ф.И.О. врача _____

Пациент (или его законный представитель) способен осознавать характер своих деяний, может управлять ими, способен понимать возможные последствия

« _____ » _____ 20__ г. Подпись врача _____

Я, _____

(фамилия, имя, отчество – полностью)

_____ года рождения, проживающий (ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста установленного совершеннолетия, 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)

_____ (наименование и реквизиты (при наличии) документа, подтверждающего полномочия законного представителя)

находясь на лечении (обследовании, родоразрешении) в отделении _____

_____ (название отделения, номер палаты)

добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому) операции:

_____ (название медицинского вмешательства)

и прошу персонал учреждения здравоохранения о ее проведении.

1. Подтверждаю, что я ознакомлен (ознакомлена) с характером моего (представляемого) заболевания, особенностями его течения, диагностики и лечения, а также предстоящей мне (представляемому) операции. Мне разъяснены и я понимаю особенности и ход предстоящего оперативного лечения.

2. Мне разъяснено и я осознаю, что во время операции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен (согласна) на то, что ход операции может быть изменен врачами по их усмотрению.

Продолжение приложения 2
к Порядку дачи и оформления
информированного добровольного
согласия на медицинское
вмешательство или отказа от него

3. Я предупрежден (предупреждена) о факторах риска и понимаю, что проведение операции сопряжено с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода.

4. Я предупрежден (предупреждена), что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в т.ч. в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и даю свое согласие на это.

5. 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, в т.ч. ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов, туберкулеза, инфекций, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

6. Я знаю, что во время операции возможна потеря крови и _____ даю согласие на переливание донорской или ауто (собственной) крови и ее компонентов.

7. Я _____ согласен (согласна) на запись хода операции на информационные носители и демонстрацию лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

8. Я _____ даю согласие на внесение в локальную информационную госпитальную систему, которая ведется учреждением здравоохранения моих (представляемого) персональных данных, в том числе данных о состоянии моего (представляемого) здоровья, установленных мне (представляемому) диагнозов, назначенном лечении и его течении.

9. Я _____ соглашаюсь с использованием и обработкой моих (представляемого) персональных данных при условии соблюдения требований действующего законодательства по их защите.

10. Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе оперативного вмешательства, в т.ч. переливаний донорской или ауто (собственной) крови и/или ее компонентов, и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы.

11. Я ознакомлен (ознакомлена) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты.

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

Расписался в моем присутствии:

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

Приложение 3
к Порядку дачи и оформления
информированного добровольного
согласия на медицинское
вмешательство или отказа от него
(пункт 2.2.3.)

_____ (наименование учреждения здравоохранения)

**Информированное добровольное согласие
на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства**

Медицинскую информацию о диагнозе (в т. ч. предварительном), тактике обследования и лечения предоставил врач:

Ф.И.О. врача _____

Пациент (или его законный представитель) способен осознавать характер своих деяний, может управлять ими, способен понимать возможные последствия

« _____ » _____ 20 ____ г. Подпись врача _____

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

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста установленного совершеннолетия, 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)

_____ (наименование и реквизиты (при наличии) документа, подтверждающего полномочия законного представителя)

находясь на лечении (обследовании, родоразрешении) в отделении _____

_____ (название отделения, номер палаты)

В процессе обсуждения с лечащим врачом мы пришли к заключению, что наиболее оптимальным методом хирургического вмешательства для меня является операция в объеме _____

1. Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому): инфильтрационной регионарной анестезии, внутривенной анестезии, общей анестезии с миорелаксацией и искусственной вентиляцией легких, регионарной (спинномозговой/эпидуральной) анестезии, комбинированной (общей + регионарной) анестезии (нужное подчеркнуть).

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

3. Я информирован (информирована) о целях, характере и возможных неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время его проведения.

Продолжение приложения 3
к Порядку дачи и оформления
информированного добровольного
согласия на медицинское
вмешательство или отказа от него

4. Я предупрежден (предупреждена) о факторах риска и понимаю, что проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода.

5. Мне разъяснено и я осознаю, что во время анестезиологического пособия могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае, я согласен (согласна) на то, что вид и тактика анестезиологического пособия может быть изменена врачами по их усмотрению.

6. Я _____ даю согласие на внесение в локальную информационную госпитальную систему, которая ведется учреждением здравоохранения моих (представляемого) персональных данных, в том числе данных о состоянии моего (представляемого) здоровья, установленных мне (представляемому) диагнозов, назначенном лечении и течении заболевания.

7. Я _____ соглашаюсь с использованием и обработкой моих (представляемого) персональных данных при условии соблюдения требований действующего законодательства по их защите.

8. Я ознакомлен (ознакомлена) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства в предложенном объеме.

О последствиях _____
(возможных осложнениях при выполнении анестезии)

и связанных с ними риском информирован (информирована) врачом анестезиологом:

(фамилия, имя, отчество врача-анестезиолога)

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

Расписался в моем присутствии:

Врач _____ (подпись)

(Ф.И.О., должность)

Приложение 4
к Порядку дачи и оформления
информированного добровольного
согласия на медицинское
вмешательство или отказа от него
(пункт 2.2.4.)

_____ (наименование учреждения здравоохранения)

Полную медицинскую информацию о вакцинации предоставил врач _____

_____ (должность, структурное подразделение)

_____ (наименование учреждения здравоохранения)

_____ (Ф.И.О. врача)

гражданин (ка) (его законный представитель) способен осознавать характер своих деяний, может управлять ими, способен понимать возможные последствия

« _____ » _____ 20 _____ г. Подпись врача _____

Информированное добровольное согласие на вакцинацию

Я, _____

_____ (фамилия, имя, отчество – полностью)

_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста установленного совершеннолетия, 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)

_____ (наименование и реквизиты (при наличии) документа, подтверждающего полномочия законного представителя)

1. Добровольно даю свое согласие на вакцинацию меня/лица, законным представителем которого я являюсь, вакцинами:

_____ ОТ _____

_____ (указать название вакцин и заболевание)

и прошу персонал медицинского учреждения о ее проведении.

2. Мне понятен смысл и цели вакцинации.

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

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

5. Мне ясно и я принимаю тот факт, что после вакцинации в редких случаях 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** 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.

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

Продолжение приложения 4
к Порядку дачи и оформления
информированного добровольного
согласия на медицинское
вмешательство или отказа от него

7. 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.

8. Я _____ даю согласие на внесение в локальную информационную госпитальную систему, которая ведется учреждением здравоохранения моих (представляемого) персональных данных, в том числе данных о состоянии моего (представляемого) здоровья, установленных мне (представляемому) диагнозов, назначенном лечении и течении заболевания.

9. Я _____ соглашаюсь с использованием и обработкой моих (представляемого) персональных данных при условии соблюдения требований действующего законодательства по их защите.

10. Я ознакомлен (ознакомлена) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты.

“ ____ ” _____ 20__ года. Подпись гражданина/законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач _____

(Ф.И.О., должность)

(подпись)

Приложение 5
к Порядку дачи и оформления
информированного добровольного
согласия на медицинское
вмешательство или отказа от него
(пункт 3.4.)

_____ (наименование учреждения здравоохранения)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ КОНСИЛИУМА
врачей о необходимости проведения медицинского вмешательства
от « _____ » _____ 20__ года

Консилиум врачей в составе:

_____ – председатель
(Ф.И.О., должность)

(Ф.И.О., должность)

(Ф.И.О., должность)

на основании осмотра, изучения медицинской документации и результатов обследования (лабораторного, инструментального, функционального, рентгенологического) пациента (ки) _____

_____ года рождения, проживающего(ей) по адресу _____

находящегося (ейся) на стационарном лечении в _____
отделении _____

пришел к заключению о наличии у пациента (ки) _____

и необходимости проведения ему (ей) медицинского вмешательства

_____ (наименование медицинского вмешательства)

по экстренным показаниям для спасения жизни.

В соответствии с частью 1 пункта 2 статьи 62 Закона Донецкой Народной Республики «О здравоохранении» ввиду того, что медицинское вмешательство необходимо по жизненным показаниям для спасения жизни пациента (ки), однако его (ее) состояние не позволяет выразить свою волю, отсутствуют законные представители (нужное подчеркнуть), нами принято решение о проведении _____

_____ (наименование медицинского вмешательства)

_____ без согласия пациента (ки), законных представителей.

Данное решение принято « _____ » _____ 20__ г., в _____ час. _____ мин.

Продолжение приложения 5
к Порядку дачи и оформления
информированного добровольного
согласия на медицинское
вмешательство или отказа от него

Подписи членов консилиума

_____ – председатель
(Ф.И.О., должность, подпись)

(Ф.И.О., должность, подпись)

(Ф.И.О., должность, подпись)

О решении консилиума и проведении медицинского вмешательства без согласия пациента (ки), законных представителей уведомлены:

Администрация учреждения здравоохранения или руководитель отделения учреждения здравоохранения

« _____ » _____ 20 ____ г. в _____ час. _____ мин.

(Ф.И.О. и должность руководителя
учреждения здравоохранения или
руководителя отделения учреждения
здравоохранения) _____
(подпись врача)

Законные представители пациента (ки)

Ф.И.О., адрес _____

« _____ » _____ 20 ____ г. в _____ час мин. _____
Подпись врача _____

Родители пациента (ки) _____

(Ф.И.О., адрес, степень родства)

« _____ » _____ 20 ____ г. в _____ час мин. _____
Подпись врача _____

Пациент (ка) _____
(Ф.И.О.)

« _____ » _____ 20 ____ г. в _____ час мин. _____
Подпись врача _____

Подпись пациента (ки) _____

Приложение 6
к Порядку дачи и оформления
информированного добровольного
согласия на медицинское
вмешательство или отказа от него
(пункт 3.5.)

_____ (наименование учреждения здравоохранения)

РЕШЕНИЕ
врача о необходимости проведения медицинского вмешательства
от « _____ » _____ 20__ года

Мной, врачом

_____ (Ф.И.О., должность)

на основании осмотра, изучения медицинской документации и результатов обследования (лабораторного, инструментального, функционального, рентгенологического) пациента (ки) _____

_____ года рождения, проживающего (ей) по адресу _____

находящегося (ейся) на стационарном лечении в отделении _____ по поводу _____

и установлена необходимость проведения ему (ей) медицинского вмешательства

_____ (наименование медицинского вмешательства)

по экстренным показаниям для спасения жизни.

В соответствии с частью 1 пункта 2 статьи 62 Закона Донецкой Народной Республики «О здравоохранении» ввиду того, что медицинское вмешательство необходимо по жизненным показаниям для спасения жизни пациента (ки), однако его (ее) состояние не позволяет выразить свою волю, отсутствуют законные представители (нужное подчеркнуть) и с учетом отсутствия возможности собрать консилиум врачей, мной принято решение о проведении _____

_____ (наименование медицинского вмешательства)

без согласия пациента (ки), законных представителей.

Данное решение принято « _____ » _____ 20__ г., в _____ час. _____ мин.

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

О проведении медицинского вмешательства без согласия пациента (ки), законных представителей уведомлены:

Администрация учреждения здравоохранения или руководитель отделения учреждения здравоохранения

« _____ » _____ 20__ г. в _____ час. _____ мин.

_____ (Ф.И.О. и должность руководителя
учреждения здравоохранения или руководителя
отделения учреждения здравоохранения)

_____ (подпись врача)

Продолжение приложения 6
к Порядку дачи и оформления
информированного добровольного
согласия на медицинское
вмешательство или отказа от него

Законные представители пациента (ки)

Ф.И.О., адрес _____

« _____ » _____ 20 ____ г. в _____ час мин.

Подпись врача _____

Родители пациента (ки) _____

(Ф.И.О., адрес, степень родства)

« _____ » _____ 20 ____ г. в _____ час мин.

Подпись врача _____

Пациент (ка) _____

(Ф.И.О.)

« _____ » _____ 20 ____ г. в _____ час мин.

Подпись врача _____

Подпись пациента (ки) _____

Приложение 7
к Порядку дачи и оформления
информированного добровольного
согласия на медицинское
вмешательство или отказа от него
(пункт 4.3.)

_____ (наименование учреждения здравоохранения)

Отказ от проведения медицинского вмешательства

Медицинскую информацию о диагнозе (в т. ч. предварительном), тактике обследования и лечения предоставил врач:

Ф.И.О.врача _____

Пациент (или его законный представитель) способен осознавать характер своих деяний, может управлять ими, способен понимать возможные последствия

« _____ » _____ 20 ____ г. Подпись врача _____

Я, _____

(фамилия, имя, отчество – полностью)

_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста установленного совершеннолетия, 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)

_____ (наименование и реквизиты (при наличии) документа, подтверждающего полномочия законного представителя)

находясь на лечении (обследовании, родоразрешении) в отделении _____

_____ (название отделения, номер палаты)

используя свое право, в соответствии со статьей 63 Закона Донецкой Народной Республики «О здравоохранении», отказываюсь от проведения медицинского вмешательства мне (представляемому) (нужное подчеркнуть).

1. Мне, согласно моей воле, 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;

2. Мне подробно в доступной для меня форме разъяснены возможные последствия моего отказа (последствия отказа для 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)

Продолжение приложения 7
к Порядку дачи и оформления
информированного добровольного
согласия на медицинское
вмешательство или отказа от него

Дополнительная информация: _____

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты.

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

Расписался в моем присутствии:

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

Акт отказа от подписи

Настоящий Акт составлен в связи с тем, что гр. _____
(Ф.И.О.)

от подписи бланка отказа от проведения медицинского вмешательства отказался (отказалась):

Врач:

(должность, Ф.И.О., подпись)

Свидетели: _____
(должность, Ф.И.О., подпись)

(должность, Ф.И.О., подпись)

« _____ » _____ 20 ____ г. _____ час _____ мин.
дата составления Акта время составления Акта