*Приложение 7
к аналитическому отчету*

Программа правового минимума
«Что нужно знать родителям об особенностях оказания медицинской помощи несовершеннолетним старше 15 лет»
и методические и дидактические материалы к программе

**Программа правового минимума
«Что нужно знать родителям
об особенностях оказания медицинской помощи несовершеннолетним старше 15 лет»**

*Категория обучающихся*

Родители несовершеннолетних детей от 13 до 17 лет

*Цель обучения*

Проинформировать об особенностях дачи пациентом информированного добровольного согласия на медицинскую помощь и об условиях, при которых врачом сообщает родственникам пациента и другим лицам о состоянии здоровья пациента

*Время обучения*

1 час (с учетом ответов на вопросы)

*Пояснительная записка*

В современной России граждане либо мало информированы о своих правах на оказание медицинской помощи, либо имеющаяся у них информация искажена. Многие не озабочены собственным незнанием, т.к. считают, что для них данная информация неактуальна. В то же время очевидно, что в случае необходимости получения, например, экстренной медицинской помощи у человека нет времени и возможностей вникать в тонкости законодательства. В результате – недовольство врачами и руководителями медицинских организаций, конфронтация медиков и пациентов, людские трагедии.

Большинство пациентов подписывают документы при поступлении в стационар, при выборе медицинской организации «не глядя», не осознавая, что подпись в документах имеет существенные последствия. Особенно трагично может сложиться ситуация в отношении несовершеннолетних, которым закон[[1]](#footnote-1), начиная с 15 лет (для больных наркоманией – с 16 лет), дает право принимать решение относительно своего здоровья.

Решением может быть 1) информированное согласие на медицинское вмешательство; 2) отказ от медицинского вмешательства. Кроме того, без согласия несовершеннолетнего пациента старше 15 лет (для больных наркоманией – старше 16 лет) врач не имеет права никому предоставлять информацию о здоровье пациента.

Своевременно информирование родителей несовершеннолетних поможет избежать трагедий, связанных с неготовностью детей принимать решение о лечении, с невозможностью сообщения врачом информации о состоянии здоровья ребенка при отсутствии согласия ребенка на предоставление родственникам информации.

*Содержание обучения*

Медицинское вмешательство. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство при получении медицинской помощи при госпитализации. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство при получении медицинской помощи при оперативном вмешательстве. Лица, имеющие право давать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. Порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство. Отказ от медицинского вмешательства в условиях стационара. Отказ от медицинской помощи в условиях стационара.

Согласие на предоставление информации о состоянии здоровья. Сроки подписания согласия на предоставление информации о состоянии здоровья. Последствия отсутствия подписанного согласия на предоставление информации о состоянии здоровья.

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. Лица, имеющие право давать 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. Порядок дачи информированного добровольного согласия 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. Отказ от медицинского вмешательства при оказании первичной медико-санитарной помощи.

Практическая деятельность

Интерактивная игра «Подпись информированного добровольного согласия при госпитализации».

*Список источников*

1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ст.ст. 13, 20, 54
2. Порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств (утвержден приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации 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 медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства»)
3. Форма информированного добровольного согласия 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 (утвержден приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации 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 медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства»)
4. Форма отказа от 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 (утвержден приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации 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 медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства»)
5. Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи (утвержден приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации 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»

**Методические и дидактические материалы к программе правового минимума
«Что нужно знать родителям
об особенностях оказания медицинской помощи несовершеннолетним старше 15 лет»**

**Материал 1 – презентация «ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ РОДИТЕЛЯМ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ СТАРШЕ 15 ЛЕТ»**

**Материал 2 – Технологическая карта для реализации школы пациентов «Что нужно знать родителям об особенностях оказания медицинской помощи несовершеннолетним старше 15 лет» (с приложением)**

**Материал 3 – подборка нормативных актов**

*Раскадровка Power-Point презентации*

|  |  |
| --- | --- |
| № слайда | Слайд |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |
| 5 |  |
| 6 |  |
| 7 |  |

*Технологическая карта для реализации школы пациентов «Что нужно знать родителям об особенностях оказания медицинской помощи несовершеннолетним старше 15 лет» (с приложением)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № слайда | Содержание общения с участниками школы | Дополнительная информация |
| 1 | Перед началом разговора по содержанию школы пациентов необходимо дать сообщение в следующем формате:1. Назвать фамилию, имя и отчество.
2. Сообщить о том, 1) что вы представляете Общероссийскую общественную организацию инвалидов – больных рассеянным склерозом, 2) что организация занимается как работой с пациентами с рассеянным склерозом, так и просветительской работой с гражданами, 3) что просветительская работа посвящена правам граждан на оказание медицинской помощи.
3. Сообщить о том, что вы работаете в рамках президентского гранта и что в рамках этого гранта проводятся еще 2 школы, а также работает горячая линия по защите прав пациентов.
4. Сообщить о том, как вам удобно работать с вопросами (чтобы задавали по ходу разговора или чтобы задавали в конце).

Комментарий к названию школы: 1) все, о чем говорится на этой школе, относится к любому гражданину, имеющему право принимать решение о необходимости получения им медицинской помощи. | Самостоятельно принимает решение о необходимости получения медицинской помощи дееспособный гражданин старше 15 лет (больной наркоманией – старше 16 лет) (ФЗ-323, ст. 20, п. 2, ст. 54, п. 2), за исключением следующих ситуаций:- лечение наркомании или освидетельствование на состояние наркотического или иного токсического опьянения у несовершеннолетнего – принимают решение родители несовершеннолетнего (ФЗ-323, ст. 47, п. 5),- трансплантация органов и тканей несовершеннолетнему – принимают решение родители несовершеннолетнего (ФЗ-323, ст. 47, п. 5),- медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и состояние человека не позволяет выразить свою волю (ФЗ-323, ст. 20, п. 9.1);- в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих (ФЗ-323, ст. 20, п. 9.2);- в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами (ФЗ-323, ст. 20, п. 9.3);- в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления) (ФЗ-323, ст. 20, п. 9.4);- при проведении судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической экспертизы (ФЗ-323, ст. 20, п. 9.5).Решение о получении медицинской помощи несовершеннолетним или недееспособным принимают родители или законные представители. |
| 2 | Необходимо дать пояснения по каждому пункту. Пункт «лечиться или нет» - имеется в виду сам факт обращения за медицинской помощью, т.е. и само собственно лечение, и диагностические процедуры. В качестве примера можно привести то, что 15-летняя девочка может сделать аборт, а родители об этом ничего не узнают, если девочка сама не скажет.Пункт «если лечиться, то как». Решение касается методов и способов оказания медицинской помощи.Пункт «кому сообщать о состоянии своего здоровья». Информация не только о состоянии здоровья, но и о самом факте обращения за медицинской помощью составляет врачебную тайну. Начиная с 15 лет (для больных наркоманией – с 16 лет) несовершеннолетний не обязан оповещать родителей или кого бы то ни было другого о том, что он болен. Гражданин самостоятельно принимает решение о том, кого врачи могут оповещать о состоянии здоровья гражданина. | Информация, составляющая врачебную тайну, законно может быть предоставлена в ряде случаев, предусмотренных п. 4 ст. 13 ФЗ-323. |
| 3 | В пояснении к слайду нужно отметить, что в данном случае речь идет о конкретных документах, которые подписывает гражданин.Подпись информированного добровольного согласия означает, что гражданин согласен на лечение и диагностические процедуры. Медицинские работники обязаны предоставить пациенту полную информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Без подписанного информированного согласия помощь не оказывается (про особые случаи см. в дополнительной информации к слайду 1).Отказ от медицинского вмешательства – документ, в котором фиксируется отказ от того или иного медицинского вмешательства. Отказ от того или иного медицинского вмешательства не означает отказа от медицинской помощи. Пациент может потребовать прекращения медицинского вмешательства.Согласие на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну может быть как отдельным документом, так и частью другого документа. Например, может быть дано отдельной строкой как часть информированного добровольного согласия, при этом пациент может не заметить этой строки, а медицинские работники – не обратить на нее внимание пациента. |  |
| 4 | Рассматриваются ситуации, в которых пациент подписывает информированное добровольное согласие.*Ситуация 1. Прикрепление к поликлинике для получения первичной медико-санитарной помощи.*Гражданин подписывает информированное добровольное согласие в момент прикрепления к поликлинике. До достижения возраста 15 лет (для больных наркоманией – 16 лет) такое согласие подписывает родитель или законный представитель.Документ называется «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». Перечень включает 14 наименований видов медицинских вмешательств, например, опрос, осмотр, лабораторные исследования, ввод лекарственных препаратов, даже лечебную физкультуру. Стоит обратить внимание на то, что в бланк информированного согласия включена строка для вписывания сведений о лицах, которым может быть передана информация о состоянии здоровья гражданина.Гражданин сразу может написать отказ от видов медицинских вмешательств – это отдельный документ, может быть оформлен как при первом обращении (вместе с согласием), так и позже в любое время, в том числе для прекращения медицинского вмешательства.*Ситуация 2. Госпитализация*Речь идет не о ситуациях, когда человек поступает в больницу в состоянии, угрожающем жизни, и без сознания (или в ином состоянии, которое не позволяет выразить свою волю), - в этом случае согласие не требуется (см. дополнительную информацию к слайду 1).Утвержденного бланка нет, поэтому в разных больницах могут быть разные бланки. Часто в бланк информированного согласия включается строка для вписывания сведений о лицах, которым может быть передана информация о состоянии здоровья гражданина. Родителям нужно договориться с ребенком, который старше 15 лет, о том, чтобы он вписал их в качестве таких лиц, и проследить, чтобы соответствующая строка в документе была заполнена.Бывает, что пациентам предлагают подписать пустой бланк. В случае спорной ситуации пациент, подписывая такое согласие, лишает себя возможности доказать, что лечение проведено без его согласия. | Бланк информированного согласия 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 и бланк отказа от 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 утверждены Приказом Минздрава России от 20.12.2012 N 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 медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства».Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи утвержден приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н и включает следующие виды 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, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования.12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.13. Медицинский массаж.14. Лечебная физкультура.Выбрать или заменить поликлинику может только совершеннолетний или приобретши дееспособность до совершеннолетия (п. 3 Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утв. Приказом министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 апреля 2012 г. N 406н). |
| 5 | Участникам дается пояснение о том, что плановую помощь без информированного добровольного согласия пациент не получит. В случае отказа пациента подписывать документ медицинская организация не будет оказывать плановую медицинскую помощь.Понятие «доступная форма» не закреплено законодательно. Пациенту стоит убедиться в том, что он понимает все, что разъяснил ему врач. Не нужно стесняться переспрашивать, когда речь идет о здоровье.После разъяснений рекомендуется провести игру «Подпись информированного добровольного согласия при госпитализации» (см. Приложение 1). | Случаи оказания медицинской помощи без подписания информированного добровольного согласия описаны в комментарии к слайду 1. |
| 6 | После окончания игры ведущий повторяет ключевые моменты – подписание информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, подписание согласия на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, подписание отказа от медицинского вмешательства. |  |
| 6а | На слайде на месте информации об информированном согласии на медицинское вмешательство появляется информация, появляется надпись, акцентирующая внимание участников на том, что дети старше 15 лет и больные наркоманией старше 16 лет такое согласие дают сами (не родители). |  |
| 6б | На слайде на месте информации о согласии на разглашении сведений, составляющих врачебную тайну, появляется надпись, акцентирующая внимание участников на том, что дети старше 15 лет и больные наркоманией старше 16 лет такое согласие дают сами (не родители).Отсутствие согласия означает, что родители ничего не будут знать о состоянии здоровья ребенка, и это законно. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 7 | Участникам дается информацию о работе горячей линии, предлагается записать телефон, чтобы иметь возможность позвонить.Участникам сообщается время работы горячей линии, делается акцент на том, что бесплатен и сам звонок, и консультация. |  |

*Приложение 1*

**Сценарий игры
«Подпись информированного добровольного согласия при госпитализации»**

Ведущий: Давайте разыграем, как может проходить оформление при плановой госпитализации. Напомню, что плановая госпитализация – это случай, когда пациент заранее понимает, что его будут класть в больницу. Прошу выйти добровольца. (Доброволец выходит). Итак, вы – пациент, который ложиться в больницу, я – сестра в отделении, куда вы ложитесь. Вы пришли с сумочкой прямо в отделение и тут – я.

Здравствуйте! На госпитализацию? Пожалуйста, ваш полис, паспорт и направление на госпитализацию. (Делает вид, что берет документы и пишет что-то.) Есть аллергия на лекарства? (Делает вид, что фиксирует в карточке.) Подпишите здесь и здесь (дает бланк информированного согласия и бланк согласия на обработку персональных данных. Бланк информированного добровольного согласия не заполнен[[2]](#footnote-2)).

Вариант 1

Пациент подписывает все документы без дополнительных вопросов.

Ведущий: Посмотрите, сейчас пациент согласился на все, что написано в бланке.

Давайте прочитаем: «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». Подпись такого согласия означает, что в случае возникновения спорных ситуаций, например, по назначенному препарату, врач будет всегда прав при условии заполненной грамотно медицинской карты. С пациентом не будут обсуждать, какое лекарство ему может подойти больше, а какое – нет, какие процедуры могут быть заменены чем-то иным и так далее.

Мы с вами помним, что отказаться от медицинского вмешательства пациент может в любой момент. Но нужно помнить и о том, что в случае разбирательства при таком подходе пациент ничего не докажет.

В бланке, который подписал наш пациент, также есть свободное место для записи согласия на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну. Если пациент действительно хочет, чтобы никто из его родных и близких не имел доступа к таким сведениям, то не заполнять эту строчку – верное решение. Почему на может захотеться, чтобы кто-то узнал эту информацию? Особенно трагичны ситуации, когда пациент умирает.

Вариант 2

Пациент самостоятельно заполняет строчку с согласием на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну. Других вопросов не задает.

Ведущий обращает внимание на то, что пациент ответственно отнесся к заполнению согласия на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, и на то, что пациент не вник в суть инормированного согласия (аргументация та же, что при варианте 1).

Вариант 3

Пациент не подписывает бланк и требует врача.

Ведущий сначала пытается уговорить, объясняя, что это формальность, что это все заполняют.

Если пациент соглашается, ситуация разворачивается по сценарию варианта 1 или варианта 2.

Если пациент не соглашается, то ведущий говорит: «Если вы отказываетесь подписать информированное согласие, то значит, вы отказываетесь от госпитализации. Пишите отказ от госпитализации. Вот листок». Далее ситуация будет развиваться либо по сценарию варианта 1 или варианта 2, либо пациент откажется от госпитализации, либо будет требовать врача.

Если пациент отказывается от госпитализации, то ведущий разъясняет, что пациент имеет право получить необходимую информацию от медицинского работника в доступной форме. Такую информацию должен предоставить врач. Отказ подписывать текст, значение которого пациент не понимает или с которым пациент не согласен, не означает отказа от медицинской помощи.

Если пациент требует врача, то ведущий «вызывает» врача.

Вариант 4

Пациент требует разъяснений по тексту бланка информированного согласия.

Ведущий говорит, что это стандартный текст, здесь про то, что вас будут обследовать и лечить.

Если пациент спрашивает о деталях лечения или о диагнозе, то ведущий говорит о том, что такой информации не имеет, и предлагает подписать бланк.

По окончании разыгрываемой сценки ведущий говорит: «Обратите внимание на то, что мы играли в плановую госпитализацию. А бывает, что пациенту нужно ложиться в больницу срочно, когда его жизнь или здоровье в опасности. Человеку плохо, ему гораздо сложнее сосредоточиться, значит, больше вероятность допустить ошибки. Алгоритм тот же, поэтому если человек готов к ситуации, то вероятность допустить ошибки меньше».

**Бланк информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство**

**(пример)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

наименование учреждения

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

Я

(фамилия, имя, отчество – полностью)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | года рождения, проживающий(ая) по адресу: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

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

(указать название или профиль отделения)

- 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 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:

(Ф.И.О.)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| “ | \_\_ | ” | \_\_\_\_\_\_\_ | 20 | \_\_ | года. Подпись пациента/законного представителя | **\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Расписался в моем присутствии: |  |  |  |
| Врач | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | (подпись) |  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  | (Должность, Ф.И.О.) |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Примечание:** 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/руководителя ЛПУ, 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/ руководителя ЛПУ, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача.

**Бланк согласия на обработку персональных данных**

**Согласие на обработку персональных данных**

Я, нижеподписавшийся (аяся), проживающий (ая) по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт №, выдан (дата, наименование выдавшего органа) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.06 г. №152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие МУЗ «Центральная городская больница» (далее - Оператор) на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, данные о полисе обязательного медицинского страхования, страховой номер индивидуального лицевого счета Пенсионного фонда Российской Федерации (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Предоставляю Оператору осуществлять все действия с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, обезличивание, использование. блокирование, уничтожение.

В процессе оказания мне Оператором медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения. Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе обязательного медицинского страхования на обмен (прием и передачу) моих персональных данных со страховой медицинской организацией и Территориальным фондом обязательного медицинского страхования [*название региона*] с использованием цифровых носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Настоящее согласие дано мной и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать мое согласие, которое может быть направлено в письменном виде в адрес Оператора.

Подпись субъекта персональных данных (с расшифровкой): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Подборка нормативных актов*

**ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ РОДИТЕЛЯМ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ СТАРШЕ 15 ЛЕТ**

*Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ
«Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»*

*(извлечения)*

*Статья 13. Соблюдение врачебной тайны*

1. Сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну.

2. Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей, за исключением случаев, установленных частями 3 и [4](#Par167) настоящей статьи.

3. С письменного согласия гражданина или его законного представителя допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в целях медицинского обследования и лечения пациента, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе и в иных целях.

4. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается:

1) в целях проведения медицинского обследования и лечения гражданина, который в результате своего состояния не способен выразить свою волю, с учетом положений пункта 1 части 9 статьи 20 настоящего Федерального закона;

2) при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;

3) по запросу органов дознания и следствия, суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством, по запросу органов прокуратуры в связи с осуществлением ими прокурорского надзора, по запросу органа уголовно-исполнительной системы в связи с исполнением уголовного наказания и осуществлением контроля за поведением условно осужденного, осужденного, в отношении которого отбывание наказания отсрочено, и лица, освобожденного условно-досрочно;

3.1) в целях осуществления уполномоченными федеральными органами исполнительной власти контроля за исполнением лицами, признанными больными наркоманией либо потребляющими наркотические средства или психотропные вещества без назначения врача либо новые потенциально опасные психоактивные вещества, возложенной на них при назначении административного наказания судом обязанности пройти лечение от наркомании, диагностику, профилактические мероприятия и (или) медицинскую реабилитацию;

4) в случае оказания медицинской помощи несовершеннолетнему в соответствии с пунктом 2 части 2 статьи 20 настоящего Федерального закона, а также несовершеннолетнему, не достигшему возраста, установленного частью 2 статьи 54 настоящего Федерального закона, для информирования одного из его родителей или иного законного представителя;

5) в целях информирования органов внутренних дел о поступлении пациента, в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что вред его здоровью причинен в результате противоправных действий;

6) в целях проведения военно-врачебной экспертизы по запросам военных комиссариатов, кадровых служб и военно-врачебных (врачебно-летных) комиссий федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба;

7) в целях расследования несчастного случая на производстве и профессионального заболевания, а также несчастного случая с обучающимся во время пребывания в организации, осуществляющей образовательную деятельность, и в соответствии с частью 6 статьи 34.1 Федерального закона от 4 декабря 2007 года N 329-ФЗ "О физической культуре и спорте в Российской Федерации" несчастного случая с лицом, проходящим спортивную подготовку и не состоящим в трудовых отношениях с физкультурно-спортивной организацией, не осуществляющей спортивной подготовки и являющейся заказчиком услуг по спортивной подготовке, во время прохождения таким лицом спортивной подготовки в организации, осуществляющей спортивную подготовку, в том числе во время его участия в спортивных соревнованиях, предусмотренных реализуемыми программами спортивной подготовки;

8) при обмене информацией медицинскими организациями, в том числе размещенной в медицинских информационных системах, в целях оказания медицинской помощи с учетом требований законодательства Российской Федерации о персональных данных;

9) в целях осуществления учета и контроля в системе обязательного социального страхования;

10) в целях осуществления контроля качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с настоящим Федеральным законом.

*Статья 20. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства*

1. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

2. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство дает один из родителей или иной законный представитель в отношении:

1) лица, не достигшего возраста, установленного частью 5 статьи 47 и частью 2 статьи 54 настоящего Федерального закона, 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).

3. Гражданин, один из родителей или иной законный представитель лица, указанного в части 2 настоящей статьи, имеют право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 настоящей статьи. Законный представитель лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, осуществляет указанное право в случае, если такое лицо по своему состоянию не способно отказаться от медицинского вмешательства.

4. При отказе от медицинского вмешательства гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, указанного в части 2 настоящей статьи, в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа.

5. При отказе одного из родителей или иного законного представителя лица, указанного в части 2 настоящей статьи, либо законного представителя лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, от медицинского вмешательства, необходимого для спасения его жизни, медицинская организация имеет право обратиться в суд для защиты интересов такого лица. Законный представитель лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, извещает 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.

6. Лица, указанные в частях 1 и 2 настоящей статьи, для получения первичной медико-санитарной помощи при выборе врача и медицинской организации на срок их выбора дают информированное добровольное согласие на определенные виды медицинского вмешательства, которые включаются в перечень, устанавливаемый уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

7. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства оформляется в письменной форме, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем, медицинским работником и содержится в медицинской документации пациента.

8. Порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, в том числе в отношении определенных видов медицинского вмешательства, форма информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форма отказа от медицинского вмешательства утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

9. Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается:

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 части 2 настоящей статьи);

2) в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;

3) в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами;

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

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

10. Решение о медицинском вмешательстве без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя принимается:

1) в случаях, указанных в пунктах 1 и 2 части 9 настоящей статьи, - 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 медицинской организации (руководителя медицинской организации или руководителя отделения медицинской организации), гражданина, в отношении которого проведено медицинское вмешательство, одного из родителей или иного законного представителя лица, которое указано в части 2 настоящей статьи и в отношении которого проведено медицинское вмешательство, либо судом в случаях и в порядке, которые установлены законодательством Российской Федерации;

2) в отношении лиц, указанных в пунктах 3 и 4 части 9 настоящей статьи, - судом в случаях и в порядке, которые установлены законодательством Российской Федерации.

11. К лицам, совершившим преступления, могут быть применены принудительные меры медицинского характера по основаниям и в порядке, которые установлены федеральным законом.

*Статья 54. Права несовершеннолетних в сфере охраны здоровья*

1. В сфере охраны здоровья несовершеннолетние имеют право на:

1) прохождение медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные организации и в период обучения в них, при занятиях физической культурой и спортом, прохождение диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинской реабилитации, оказание медицинской помощи, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях, в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, и на условиях, установленных органами государственной власти субъектов Российской Федерации;

(в ред. Федерального закона от 02.07.2013 N 185-ФЗ)

2) оказание медицинской помощи в период оздоровления и организованного отдыха в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

3) санитарно-гигиеническое просвещение, обучение и труд в условиях, соответствующих их физиологическим особенностям и состоянию здоровья и исключающих воздействие на них неблагоприятных факторов;

4) медицинскую консультацию без взимания платы при определении профессиональной пригодности в порядке и на условиях, которые установлены органами государственной власти субъектов Российской Федерации;

5) получение информации о состоянии здоровья в доступной для них форме в соответствии со статьей 22 настоящего Федерального закона.

2. Несовершеннолетние в возрасте старше пятнадцати лет или больные наркоманией несовершеннолетние в возрасте старше шестнадцати лет имеют право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или на отказ от него в соответствии с настоящим Федеральным законом, за исключением случаев оказания им медицинской помощи в соответствии с частями 2 и 9 статьи 20 настоящего Федерального закона.

Приложение N 1

к приказу Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 20 декабря 2012 г. N 1177н

Порядок

дачи информированного добровольного согласия на медицинское

вмешательство и отказа от медицинского вмешательства

в отношении определенных видов медицинских вмешательств

…4. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень, оформляется после выбора медицинской организации и врача <1> при первом обращении в медицинскую организацию за предоставлением первичной медико-санитарной помощи.

5. Перед оформлением информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень, лечащим врачом либо иным медицинским работником гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, указанного в пункте 3 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, включенных в Перечень, о последствиях этих медицинских вмешательств, в том числе о вероятности развития осложнений, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

6. При отказе от видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, указанного в пункте 3 настоящего Порядка, в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния).

7. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень, оформляется по форме, предусмотренной приложением N 2 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. N 1177н, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в пункте 3 настоящего Порядка, а также медицинским работником, оформившим такое согласие, и подшивается в медицинскую документацию пациента.

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

9. Гражданин, один из родителей или иной законный представитель лица, указанного в [пункте 3](#Par43) настоящего Порядка, имеет право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения (в том числе в случае, если было оформлено информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень), за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

10. Отказ от одного или нескольких видов вмешательств, включенных в Перечень, оформляется по форме, предусмотренной приложением N 3 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. N 1177н, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в пункте 3 настоящего Порядка, а также медицинским работником, оформившим такой отказ, и подшивается в медицинскую документацию пациента.

 **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**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. гражданина)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения,

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (адрес места жительства гражданина либо

 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. N 390н (зарегистрирован

Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее -

Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения

первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого

я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (должность, Ф.И.О. 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 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в

Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации,

2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

 Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5

части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 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)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

 (дата оформления)

 **Отказ от 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**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. гражданина)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения,

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (адрес места жительства гражданина либо

 законного представителя)

при оказании мне 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. N 390н (зарегистрирован Министерством

юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - виды

медицинских вмешательств):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование вида медицинского вмешательства)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (должность, Ф.И.О. 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). 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 вид

(такие виды) медицинского вмешательства.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

 (дата оформления)

1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». [↑](#footnote-ref-1)
2. Бланки см. в конце документа. [↑](#footnote-ref-2)