



Российская Академия Наук

Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения
Санкт-Петербургская клиническая больница
Российской академии наук
(СПб больница РАН)

Приказ №103

от «11» августа 2014 года

О порядке дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства

В целях совершенствования работы по реализации прав граждан, руководствуясь требованиями Приказа Министерства здравоохранения РФ от 20.12.2012 г. №1177н и Приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23.04.2012 г. №390н,

Приказываю:

1. Утвердить порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства (Приложение №1 к настоящему Приказу);
2. Установить, что 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 РФ от 23.04.2012 г. №390н (далее – Перечень) (Приложение №2 к настоящему Приказу).
3. Утвердить форму информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень (Приложение №3 к настоящему Приказу).
4. Утвердить форму отказа от вида медицинского вмешательства, включенного в Перечень (Приложение №4 к настоящему Приказу).
5. Утвердить форму информированного добровольного согласия на анестезиологическое пособие (Приложение №5 к настоящему приказу).
6. Утвердить форму информированного добровольного согласия на оперативное вмешательство в том числе переливание крови и ее компонентов (Приложение №6 к настоящему приказу).
7. Утвердить Инструкцию по заполнению бланков добровольного информированного согласия (Приложение №7 к настоящему приказу).
8. Начальнику отдела кадров Ефременко Л.Г ознакомить сотрудников СПб Больница РАН с настоящим приказом.
9. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Главный врач

О.Л. Чагунава

**Порядок
дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство
и отказа от медицинского вмешательства
в отношении определенных видов медицинских вмешательств**

1. Настоящий порядок устанавливает правила дачи и оформления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень 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 23.04.2012 г. №390н (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень).
2. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень, и отказ от видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, дается гражданином либо одним из родителей или иным законным представителем в отношении лиц, указанных в пункте 3 настоящего Порядка.
3. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень, дает один из родителей или иной законный представитель в отношении:
 - 1) несовершеннолетнего, больного наркоманией, не достигшего возраста шестнадцати лет, и иного несовершеннолетнего, не достигшего возраста пятнадцати лет, или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство;
 - 2) несовершеннолетнего больного наркоманией при оказании ему наркологической помощи или при медицинском освидетельствовании несовершеннолетнего в целях установления состояния наркотического либо иного токсического опьянения (за исключением установленных законодательством Российской Федерации случаев приобретения несовершеннолетними полной дееспособности до достижения ими восемнадцатилетнего возраста);
4. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень, оформляется после выбора медицинской организации и врача 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, 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 СПБ Больница РАН.

9. Гражданин, один из родителей или иной законный представитель лица, указанного в пункте 3 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 за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»:

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;

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. Отказ от одного или нескольких видов вмешательств, включенных в Перечень 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.

Перечень
определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают
информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для
получения первичной медико-санитарной помощи
(утв. Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23.04.2012 г. №390н)

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств

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. № 390н):

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

(далее — Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Федеральном государственном бюджетном учреждении здравоохранения Санкт-Петербургская клиническая больница Российской академии наук
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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»:

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;

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.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть),

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

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

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

(подпись)

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

(подпись)

(Ф. И. О. медицинского работника)

« _____ »

_____ Г.

Отказ от видов медицинских вмешательств

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 Федеральном государственном бюджетном учреждении здравоохранения Санкт-Петербургская клиническая больница Российской академии наук отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств:

(наименование вида медицинского вмешательства)

(далее — виды медицинских вмешательств)

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.

Информированное согласие на анестезиологическое пособие

Согласно ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», Вы как пациент имеете право получить информацию о состоянии Вашего здоровья и рекомендуемых хирургических, лечебных и диагностических процедурах. Эта информация позволит вам, зная риск и опасности, принять решение подвергнуться или воздержаться от предложенной вам процедуры.

Общая информация.

- 1.1 Я подтверждаю, что меня ознакомили со следующими фактами, касающимися сущности и особенностей анестезиологического пособия.
- 1.2 Для чего необходимо анестезиологическое пособие? Анестезиологическое пособие во время операции или процедуры, во-первых, необходимо для обезболивания. Во-вторых, оно нужно для обеспечения непрерывного контроля за состоянием пациента, включая, поддержание полноценного дыхания, кровообращения и других важнейших функций организма. Кроме того, пособие включает профилактику вероятных осложнений во время операции, их своевременное выявление и сведение к минимуму их последствий.
- 1.3 Какие бывают виды анестезии? Существует несколько видов анестезии – общая анестезия, регионарная анестезия, местная анестезия и мониторируемая седация.
1. Общая анестезия вызывает полную утрату сознания и восприятия боли, но при этом оказывает угнетающее влияние на дыхание, кровообращение и другие важные функции организма. Такой тип анестезии производится либо внутривенным введением специальных препаратов, либо вдыханием наркотических газов. Во время общей анестезии анестезиолог нередко вводит в трахею пациента трубку, чтобы обеспечить полноценное дыхание, подачу кислорода и газообразного анестетика. В зависимости от сложности операции, может быть так же поставлен катетер в мочевой пузырь. Такая анестезия позволяет безболезненно выполнить любое хирургическое вмешательство.
2. Регионарная анестезия вызывает утрату чувствительности отдельного участка тела или конечности. Это достигается путем инъекции специальных препаратов в область нервных пучков или корешков, что вызывает временное прекращение проведения по ним болевых импульсов. Такая анестезия оказывает значительно меньшее влияние на дыхание и кровообращение. Регионарная анестезия позволяет безболезненно выполнить большинство операций на конечностях, на органах нижней части живота, промежности и в акушерстве.
3. Местная анестезия вызывает утрату болевой чувствительности на небольшом участке поверхности тела, в которую путем нескольких инъекций ввели специальный препарат. Такая анестезия почти не оказывает влияние на дыхание и кровообращение. Она позволяет выполнить небольшие хирургические операции и процедуры.
4. Мониторируемая седация производится путем внутривенного введения специальных препаратов, которые вызывают сонливость, уменьшение чувства тревоги и страха, а так же обезболивание. Эти препараты так же могут оказывать угнетающее влияние на дыхание и кровообращение, что требует внимательного мониторингового контроля. Седация применяется при некоторых лечебных и диагностических процедурах.
- 1.4 Риски, связанные с анестезией. Любой тип анестезии представляет определённый риск. Общий риск смерти связанный с анестезией составляет примерно 1 случай на 100 000 проведенных анестезий. У относительно здоровых пациентов этот риск значительно ниже - 1 случай на 150 000 анестезий. Хотя исход анестезии, как правило, благоприятный, тем не менее, во время операции или процедуры могут происходить значительные колебания деятельности сердечно-сосудистой системы и дыхания пациента, врачебные ошибки, неполадки аппаратуры. В большинстве случаев такие нарушения успешно ликвидируются анестезиологом. Однако при определенных условиях это может привести к развитию дополнительного заболевания, которое называют осложнением анестезии. Наиболее частыми осложнениями являются (не ограничиваясь указанными) осаднение глотки или гортани дыхательной трубкой, тошнота, рвота, болезненность мышц после анестезии, аллергии, уплотнение и болезненность вены после инфузий, реже спазм голосовых связок и повреждение зубов. Очень редко, но могут случаться (не ограничиваясь указанными) такие тяжелые осложнения анестезии как остановка сердца, повреждение головного мозга, инфаркт сердечной мышцы, травма легких, аспирация желудочного содержимого, пневмония, поражение печени и почек, нарушение функции или паралич конечности.

Анестезиологическое пособие.

2.1 Я подтверждаю, что анестезиолог информировал меня о предполагаемом мне анестезиологическом пособии.

2.2 Проведение мне данной операции/процедуры планируется в условиях:

2.3 План данного анестезиологического пособия включает:

2.4 Я утверждаю, что получил предписание моего анестезиолога прекратить прием пищи и жидкости с ___ часов ___ числа. Я готов полностью соблюдать данное предписание. Мне объяснили опасности, которые могут возникнуть при несоблюдении данного предписания. Я не буду возлагать ответственность на лечебное учреждение и на анестезиолога за последствия, которые могут возникнуть при нарушении данного предписания.

2.5 Я утверждаю, что информировал анестезиолога обо всех перенесённых заболеваниях, хирургических вмешательствах, аллергиях на следующие вещества:

_____ и обо всех других фактах, касающихся моего лечения. Я тем самым не буду возлагать ответственность на лечебное учреждение и на анестезиолога за последствия, которые могут возникнуть при отсутствии данной информации.

2.6 Я утверждаю, что сообщил врачу обо всех, постоянно принимаемых мною лекарственных препаратах и биологически активных добавках. В том числе, аспирин, плавикс и прочие дезагреганты и антикоагулянты, оральные контрацептивы и прочие прокоагулянты не принимаю. Принимаю _____ в дозе _____, последний прием ___ часов ___ числа

2.7 Я утверждаю, что ни анестезиологом, ни другими сотрудниками данного лечебного учреждения мне не были даны никакие обещания или гарантии в отношении того или иного исхода анестезии.

Осложнения.

3.1 Мне объяснили, что общее состояние моего здоровья соответствует ___ классу по пятибалльной международной анестезиологической классификации ASA. Статистические исследования показали, что вероятность осложнений во время анестезии у пациентов 2 класса выше в два раза, у 3 класса в три раза, а у 4 и 5 классов в четыре раза, чем у пациентов 1 класса.

3.2 К наиболее важным опасностям предполагаемого мне анестезиологического пособия относятся

Общая анестезия:

- Повреждение полости рта, зубов, верхних дыхательных путей, трахеи
- Пневмоторакс
- Перераздувание и разрыв желудка
- Злокачественная гипертермия
- Аллергические реакции вплоть до анафилактического шока
- Нарушения сердечного ритма вплоть до фатальных аритмий
- Интра/периперационный инфаркт миокарда
- Острое нарушение мозгового кровообращения
- Тромбоэмболия ветвей легочной артерии
- Продленный мышечный блок вследствие дефицита псевдохолинэстеразы
- Мышечные боли, послеоперационная дрожь
- Послеоперационная тошнота и рвота

Регионарная (эпидуральная, субарахноидальная, проводниковая) анестезия

- Постпункционная головная боль
- Эпидуральная гематома
- Судорожный синдром вследствие токсичности местных анестетиков
- Повреждение нервных стволов
- Инфицирование эпидурального пространства

Альтернативы.

4.1 Осуществимыми альтернативами предполагаемой мне анестезии являются:

4.2 Основанием для выбора анестезиологом данного пособия является решение пациента

Согласие пациента.

- 5.1 Я утверждаю, что у меня была возможность обсудить мое состояние и предлагаемое мне анестезиологическое пособие с анестезиологом. На все вопросы я получил удовлетворившие меня ответы. Мне, было, предоставлено достаточно времени для принятия решения. Анестезиолог предоставил мне возможность выслушать второе мнение, но я решил придерживаться его позиции.
- 5.2 Тем самым я добровольно, без какого-нибудь внешнего давления даю полномочия врачу анестезиологу-реаниматологу: _____ провести мне запланированное анестезиологическое пособие.
- 5.3 Я согласен и разрешаю проведение мне запланированного пособия, описанного в пунктах 2.2 и 2.3, а так же на проведение альтернативных методов обезболивания, если анестезиолог сочтет это необходимым.
- 5.4 Я согласен и разрешаю анестезиологу, если он сочтет необходимым, привлекать для проведения анестезии других врачей, сестер анестезистов, других сотрудников лечебного учреждения.
- 5.5 Я согласен и разрешаю анестезиологу опубликовать информацию о моей анестезии в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, исключив возможность идентифицировать меня.
- 5.6 Я согласен и разрешаю в случае опасного для жизни осложнения провести мне все необходимые лечебные мероприятия, которые анестезиолог сочтёт необходимыми.
- 5.7 Я утверждаю, что / у меня нет возражений / категорически возражаю / против повторного применения одноразовых принадлежностей и расходных материалов при условии их соответствующей стерилизации.
- 5.8 Я информирован, что данное согласие, действительное 72 часа. Я могу отозвать в любое время до начала анестезии.
- 5.9 Я утверждаю, что всё вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю это согласие на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

Дата ____ . ____ . ____ Время ____ : ____

Пациент (фамилия печатными буквами и подпись) _____

Если пациент несовершеннолетний _____ лет или неспособен дать согласие поскольку _____

Опекун(фамилия печатными буквами и подпись) _____

Анестезиолог (фамилия печатными буквами и подпись)

Дата ____ . ____ . ____ Время ____ : ____

Информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство, в том числе переливание крови и ее компонентов

Я _____ (фамилия, имя, отчество - полностью)

« ____ » _____ года рождения, проживающий (ая) по адресу: _____

находясь на лечении (обследовании) в Федеральном государственном бюджетном учреждении здравоохранения Санкт-Петербургская клиническая больница Российской академии наук
Добровольно даю свое согласие на проведении мне (представляемому) операции: _____

_____ (наименование медицинского вмешательства)

и прошу персонал медицинского учреждения о ее проведении.

Подтверждаю, что я ознакомлен (ознакомлена) с характером предстоящей мне (представляемому) операции. Мне разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего оперативного лечения.

- 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.

- 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.

- 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.

- 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. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, 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.

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

- 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.

- 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.

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

_____ (подпись)

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

_____ (подпись)

_____ (Ф. И. О. медицинского работника)

« ____ » _____

инструкция

по заполнению бланков добровольного информированного согласия

1. Бланки информированного добровольного согласия заполняются в соответствии с настоящей Инструкцией.
2. Бланки добровольного информированного 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 "подпись простой письменной форме с соблюдением требований законодательства Российской Федерации.
3. Бланки добровольного информированного согласия могут использоваться при оказании амбулаторно-поликлинической, стационарной помощи, а также в условиях дневного стационара.
4. Добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство, на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства, на оперативное вмешательство, в т.ч. переливание крови и ее компонентов, отказ от медицинского вмешательства (далее "добровольное информированное согласие") берется до момента оказания медицинской помощи у каждого пациента или его законного представителя, при поступлении на стационарное лечение, в дневной стационар, для инвазивного вмешательства в амбулаторно-поликлинических условиях, а также в других случаях, вне зависимости от пола, возраста, гражданства, национальной и религиозной принадлежности, а также от принадлежности к прикрепленному контингенту.
5. Каждый бланк должен быть заверен собственноручно подписью пациента или его законного представителя, а также подписью врача, получавшего у пациента добровольное информированное согласие.
6. Бланки используются для получения добровольного информированного согласия у лиц, достигших 15 летнего возраста, а также получения добровольного информированного согласия законных представителей граждан, не достигших 15 летнего возраста и лиц, признанных в установленном порядке недееспособными.
7. Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители: мать, отец, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.
8. При отсутствии законных представителей недееспособного гражданина или состоянии которого не позволяет высказать свою волю, решение о необходимости лечения принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача больницы, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время - ответственного дежурного врача и законных представителей.
9. В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения неотложна, вопрос об информированном добровольном согласии в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача больницы, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время - ответственного дежурного врача.
10. Не допускается отказ от лечения или медицинского вмешательства лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, или лиц, совершивших общественно опасные деяния, на основаниях и в порядке, установленных законодательством Российской Федерации.
11. При отказе родителей или иных законных представителей лица, не достигшего возраста 15 лет, либо законных представителей лица, признанного в установленном законном порядке недееспособным, от медицинской помощи, необходимой для спасения жизни указанных лиц, больничное учреждение имеет право обратиться в суд для защиты интересов этих лиц.
12. Заполнение бланков добровольного информированного согласия может быть отложено в военное время, в условиях военного и чрезвычайного положения, при массовом поступлении в лечебно-профилактические учреждения пациентов, пораженных факторами физической, химической или биологической природы, при вспышке особо опасных инфекций.