

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 2»
(БУЗОО «ГКБСМП № 2»)

ПРИКАЗ

12.10.2018

№ 224

г. Омск

О добровольном информированном
согласии на медицинское
вмешательство

В целях обеспечения прав граждан на конфиденциальность информации о факте обращения за медицинской помощью и иных передаваемых им при обращении за медицинской помощью сведений, на информированное добровольное согласие, как предварительное условие для медицинского вмешательства и отказ от него, а также в соответствии со ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 года № 323-ФЗ, руководствуясь приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 20.12.2012 г. № 1177н и приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2012 года № 390н,
ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить для использования в БУЗОО «ГКБСМП № 2» следующие формы документов:

1.1. 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 согласно Приложению 1 к настоящему приказу;

1.2. 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 согласно Приложению 2 к настоящему приказу;

1.3. Информированное добровольное согласие на проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства согласно Приложению 3 к настоящему приказу;

1.4. Информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство, в том числе на переливание крови и её компонентов согласно Приложению 4 к настоящему письму;

1.5. Информированное добровольное согласие на проведение вакцинации согласно Приложению 5 к настоящему приказу;

1.6. Информированное добровольное согласие на проведение обследования на ВИЧ-инфекцию согласно Приложению 6 к настоящему письму;

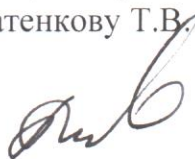
1.7. Информированное добровольное согласие на проведение гипербарической оксигенации (ГБО), эфферентных (ЭТ), гемоквантовых (ГТ) методов терапии согласно Приложению 7 к настоящему письму.

2. Заведующему организационно-методическим отделом с кабинетом учёта и медицинской статистики - врачу-статистику Злобиной А.В. обеспечить организационно-методическое руководство и контроль за внедрением и использованием форм документов в работе учреждения.

3. Приказ главного врача БУЗОО «ГКБСМП № 2» № 67 от 11.07.2012 г. «О добровольном информированном согласии на медицинское вмешательство» признать утратившим силу.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя главного врача по медицинской части Филатенкову Т.В.

Главный врач



О.А. Попов

Приложение 1
к приказу главного врача
БУЗОО «ГКБСМП № 2»
от «12» 10 2018 г. № 224

Приложение N 2
к приказу Министерства здравоохранения РФ
от 20 декабря 2012 г. N 1177н
(с изменениями от 10 августа 2015 г.)

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)

Приложение 2
к приказу главного врача
БУЗОО «ГКБСМП № 2»
от «12» 10 2018 г. № 224

Приложение N 3
к приказу Министерства здравоохранения РФ
от 20 декабря 2012 г. N 1177н

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)

Приложение 3

к приказу главного врача

БУЗОО «ГКБСМП № 2»

от «12» 10 2018 г. № 324

Информированное добровольное согласие на
на проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства

г. Омск

« » 20 г.

Я, гражданин(-ка) _____,

Законный представитель _____,

« » _____ года рождения,

проживающий(-ая) по адресу: _____

ознакомлен(-а) с правами и обязанностями пациента, предусмотренными ст. ст. 18-23, 27 Федерального закона от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», со ст. 41 Конституции Российской Федерации, приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2012 года № 390н.

На основании ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому):

(название вида обезболивания, возможность изменения анестезиологической тактики)

- Я поставил(-а) 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.

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

- Я предупрежден(-а) 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.

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

- Я ознакомлен(-а) и согласен(-а) 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.

Пациент: _____ (Ф.И.О.) _____ (подпись)

« » _____ 20 г.

Лечащий врач _____ (Ф.И.О.) _____ (подпись)

« » _____ 20 г.

Приложение 4

к приказу главного врача

БУЗОО «ГКБСМП № 2»

от «12» 10 2018 г. № 224

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

г. Омск

«__» _____ 20__ г.

Я, гражданин(-ка) _____,

Законный представитель _____,

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

ознакомлен(-а) с правами и обязанностями пациента, предусмотренными ст. ст. 18-23, 27 Федерального закона от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», со ст. 41 Конституции Российской Федерации, приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2012 года № 390н.

На основании ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» добровольно даю своё согласие на проведение мне (представляемому) операции: _____

(название медицинского вмешательства)

и прошу персонал медицинского учреждения о её проведении.

Подтверждаю, что я ознакомлен(-а) 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(-а) на то, что ход операции может быть изменен врачами по их усмотрению.

- Я предупрежден(-а) 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(-а), 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(-а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, 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(-а) 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(-а) 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(-а) и согласен(-а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты.

Пациент: _____ (Ф.И.О.) _____ (подпись)

«__» _____ 20__ г.

Подпись поставлена в моём присутствии

Лечащий врач _____ (Ф.И.О.) _____ (подпись)

«__» _____ 20__ г.

Приложение 5

к приказу главного врача

БУЗОО «ГКБСМП № 2»

от «12» 10 2018 г. № 224

Информированное добровольное согласие
на проведение вакцинации

г. Омск

«___» _____ 20__ г.

Я, гражданин(-ка) _____,

Законный представитель _____

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

ознакомлен(-а) с правами и обязанностями пациента, предусмотренными ст. ст. 18-23, 27 Федерального закона от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», со ст. 41 Конституции Российской Федерации, приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2012 года № 390н.

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.

- Мне понятен смысл и цели вакцинации. К моменту вакцинации у меня (представляемого) нет никаких острых жалоб на здоровье (температуры, боли, озноба, сильной слабости).

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

- Мне ясно и я принимаю тот факт, что после вакцинации редко 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.

- Я осознаю, что на основании Федерального закона от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней" отсутствие профилактических прививок влечет: запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок; временный отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения, в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий; отказ в приеме граждан на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями.

- Я предупрежден(-а) о факторах риска и противопоказаниях к вакцинации.

- Я ознакомлен(-а) с мерами социальной защиты граждан при возникновении поствакцинальных осложнений.

- Я поставил(-а) 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(-а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

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

Пациент: _____
(Ф.И.О.)

_____ (подпись)

«___» _____ 20__ г.

Лечащий врач _____
(Ф.И.О.)

_____ (подпись)

«___» _____ 20__ г.

Приложение 6

к приказу главного врача

БУЗОО «ГКБСМП № 2»

от «12» 10 2018 г. № 0224

Информированное согласие на проведение обследования
на ВИЧ-инфекцию

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)

_____ года рождения, настоящим подтверждаю, что на основании предоставленной мне информации, свободно и без принуждения, отдавая отчет о последствиях обследования, принял(-а) решение пройти тестирование на антитела к ВИЧ. Для этой цели я соглашаюсь сдать анализ крови.

Я подтверждаю, что мне разъяснено, почему важно пройти тестирование на ВИЧ, как проводится тест и какие последствия может иметь тестирование на ВИЧ.

Я проинформирован(-а), что:

- тестирование на ВИЧ проводится в Центре СПИД и других медицинских учреждениях. Тестирование по моему добровольному выбору может быть добровольным анонимным (без предъявления документов и указания имени) или конфиденциальным (при предъявлении паспорта, результат будет известен обследуемому и лечащему врачу). В государственных медицинских учреждениях тестирование на ВИЧ проводится бесплатно;

- доказательством наличия ВИЧ-инфекции является присутствие антител к ВИЧ в крови обследуемого лица. Вместе с тем в период между заражением и появлением антител к ВИЧ (так называемое «серонегативное окно», обычно 3 месяца) при тестировании не обнаруживаются антитела к ВИЧ и обследуемое лицо может заразить других лиц;

- ВИЧ-инфекция передается только тремя путями:

- парентеральный - чаще всего при употреблении наркотиков, но может передаваться также при использовании нестерильного медицинского инструментария, переливании компонентов крови, нанесении татуировок, пирсинге зараженным инструментом, использовании чужих бритвенных и маникюрных принадлежностей;

- при сексуальных контактах без презерватива;

- от инфицированной ВИЧ матери к ребенку во время беременности, родов и при грудном вскармливании.

(подпись обследуемого на ВИЧ)

(дата)

Приложение 7
к приказу главного врача
БУЗОО «ГКБСМП № 2»
от « 12 » _____ 10 _____ 2018 г. № 224

Информированное добровольное согласие на
на проведение гипербарической оксигенации (ГБО), эфферентных (ЭТ),
гемоквантовых (ГТ) методов терапии .

г. Омск

« ___ » _____ 20__ г.

Я, гражданин(-ка) _____,
Законный представитель _____,
_____ , « ___ » _____ года рождения,
проживающий(-ая) по адресу: _____

ознакомлен(-а) с правами и обязанностями пациента, предусмотренными ст. ст. 18-23, 27
Федерального закона от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в
Российской Федерации», со ст. 41 Конституции Российской Федерации, приказом Министерства
здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2012 года № 390н.

На основании ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны
здоровья граждан в Российской Федерации» добровольно даю свое согласие на проведение мне
(представляемому): гипербарической оксигенации (ГБО), эфферентных (ЭТ), гемоквантовых (ГТ)
методов терапии.

- Я поставил(-а) 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.

- Я информирован(-а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах гипербарической
оксигенации (ГБО), эфферентных (ЭТ), гемоквантовых (ГТ) методов терапии, а также о том, что
предстоит мне (представляемому) делать во время его проведения;

- Я предупрежден(-а) о факторах риска и понимаю, что проведение гипербарической
оксигенации (ГБО), эфферентных (ЭТ), гемоквантовых (ГТ) методов терапии сопряжено с риском
нарушений со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем
жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью, и даже
неблагоприятного исхода.

- 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 гипербарической оксигенации (ГБО), эфферентных (ЭТ), гемоквантовых (ГТ) методов
терапии может быть изменена врачами по их усмотрению.

- Я ознакомлен(-а) и согласен(-а) со всеми пунктами настоящего документа, положения
которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на проведение
гипербарической оксигенации (ГБО), эфферентных (ЭТ), гемоквантовых (ГТ) методов терапии в
предложенном объеме.

Пациент: _____ (Ф.И.О.) _____ (подпись)
« ___ » _____ 20__ г.

Лечащий врач _____ (Ф.И.О.) _____ (подпись)
« ___ » _____ 20__ г.