

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ**  
**Центр реабилитации Фонда социального страхования Российской Федерации «Тараскуль»**

---

---

**ПРИКАЗ**

« 20 » 11 20 18 г.

№ 1232

«Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия и отказа от него»

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказом Министерства здравоохранения РФ от 20.12.2012г. №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»

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

I. Утвердить:

1. Порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств (далее Порядок), согласно приложению №1;
2. форму информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие для получения медицинской помощи (приложение №2);
3. форму отказа от видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие для получения медицинской помощи (приложение №3).

II. Рекомендовать для использования в работе форму доверенности на сопровождение несовершеннолетнего ребенка (приложение №4).

III. Начальнику отдела информационных технологий и телекоммуникаций Пожидаеву С.А. опубликовать Порядок на официальном сайте ФБУ Центр реабилитации ФСС РФ «Тараскуль» в информационно-

телекоммуникационной системе «Интернет» в течение 10 дней после утверждения настоящего приказа.

- IV. Документоведу Плотниковой Т.И. ознакомить с настоящим приказом всех заинтересованных лиц.
- V. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя директора по медицинской части Гибельгаус М.А.

Директор



Н.В. Шанаурина



**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 (далее ИДС) и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств.
2. ИДС дается гражданином либо одним из родителей или иным законным представителем в отношении лиц, указанных в пункте 3 настоящего Порядка.
3. ИДС дает один из родителей или иной законный представитель в отношении:
  - 1) лица, не достигшего возраста, установленного частью 2 статьи 54 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (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;
4. ИДС оформляется при первом обращении в ФБУ Центр реабилитации ФСС РФ «Тараскуль» (далее Центр).
5. Перед оформлением ИДС 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, о последствиях этих медицинских вмешательств, в том числе о вероятности развития осложнений, о риске обострения имеющегося заболевания; а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.
6. При отказе от видов медицинских вмешательств 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. ИДС оформляется по форме, предусмотренной приложением № 2 к настоящему приказу 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.

Если пациент, по каким –либо причинам, не может собственноручно подписать данный документ, настоящий документ заверяется подписями трех сотрудников Центра.
8. ИДС действительно в течение всего срока оказания медицинской помощи в Центре.
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 или потребовать его (их) прекращения (в том числе в случае, если было оформлено ИДС), 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 оформляется по форме, предусмотренной приложением № 3 к настоящему приказу, 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. В случае отказа гражданина (одного из родителей или законного представителя лица, признанного в установленном порядке недееспособным) от вызова скорой медицинской помощи (далее СМП) либо транспортировки СМП в строку «наименование вида медицинского вмешательства» вносится запись «вызов СМП или транспортировка СМП». Бланк подписывается

гражданином (законными представителями) и медицинским работником с указанием даты и времени оформления.

Если пациент, по каким –либо причинам, не может собственноручно подписать данный документ, настоящий документ заверяется подписями трех сотрудников Центра.

**Информированное добровольное согласие на виды  
медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных  
видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают  
информированное добровольное согласие  
для получения медицинской помощи**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)  
" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения,  
зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес места жительства гражданина)

**Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет или недееспособных граждан: Я \_\_\_\_\_**

(Ф.И.О. гражданина)

Паспорт \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_  
зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)  
ребенка, или лица, признанного недееспособным (далее – представляемый)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, для получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) ФБУ «Центр реабилитации ФСС РФ «Тараскуль» (далее - Центр)

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, обострения имеющегося заболевания, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Я проинформирован о состоянии своего (представляемого мною лица) здоровья, а именно:

1. о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях имеющегося заболевания;
2. о необходимости санаторно-курортного лечения и реабилитации;
3. о цели, характере, ходе и объеме планируемого обследования, способах его проведения в ходе лечения;
4. о методах лечения, которые будут приниматься, в том числе о плане предполагаемого медикаментозного лечения и действия лекарственных средств, о возможном изменении медикаментозной терапии в случае непереносимости тех или иных лекарственных средств;
5. о прогнозе и методах дальнейшего лечения заболевания в зависимости от изменения состояния здоровья (развитие осложнений, обострение имеющегося заболевания) требующего изменения тактики лечения, в том числе, о необходимости и целесообразности применения в дальнейшем тех или иных лекарственных средств и других методов лечения.

Я уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях моего (представляемого мною лица) обследования и лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

Со мной обсуждены последствия отказа от обследования и лечения. Мне разъяснено, что в случаях, когда состояние пациента не позволяет ему выразить свою волю, а

необходимость проведения лечения будет неотложна, вопрос о медикаментозном вмешательстве, о его виде и тактике проведения, в том числе дополнительном вмешательстве, в интересах пациента решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц организации здравоохранения и законных представителей.

Я осознаю, что проводимое лечение не гарантирует полного выздоровления, что для лучшего результата необходимо проходить медицинское обследование для контроля за моим состоянием по месту жительства.

Центр оставляет за собой право информировать о нарушении режима региональное отделение Фонда социального страхования.

Получив полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной вопросы, и имея достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенное мне (представляемому мною лицу) обследование и лечение, подтверждаю, что мне понятны используемые термины, суть моего заболевания и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания, добровольно в соответствии со ст.ст. 18-20 Федерального закона № 323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю согласие на лечение и необходимое обследование в Центре.

Подбор и осуществление медикаментозного и других видов лечения доверяю своему (представляемому мной лицу) лечащему врачу \_\_\_\_\_

(фамилия имя, отчество)

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

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О. гражданина)

Настоящий документ оформлен мной \_\_\_\_\_  
(должность)

По результатам предварительного информирования пациента (законного представителя) о состоянии его здоровья (здоровья предоставляемого)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка подписи)

В случае отказа пациента от подписания, либо в случае, если пациент в силу физиологических возможностей не может подписать настоящий документ, отказ фиксируется подписями трех медицинских работников учреждения.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
подпись расшифровка подписи

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
подпись расшифровка подписи

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
подпись расшифровка подписи

**Отказ от видов медицинских вмешательств, включенных  
в Перечень определенных видов медицинских вмешательств,  
на которые граждане дают информированное добровольное согласие  
для получения медицинской помощи**

Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина)

"\_\_" \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

\_\_\_\_\_ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

**Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет или недееспособных граждан: Я \_\_\_\_\_**

(Ф.И.О. гражданина)

Паспорт \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

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

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка, или лица, признанного недееспособным (далее – представляемый)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

при оказании мне (представляемому мною лицу) первичной медико-санитарной помощи в ФБУ Центр реабилитации ФСС РФ «Тараскуль» отказываюсь от следующих видов 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)

В случае отказа пациента от подписания, либо в случае, если пациент в силу физиологических возможностей не может подписать настоящий документ, отказ фиксируется подписями трех медицинских работников учреждения.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
подпись расшифровка подписи

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
подпись расшифровка подписи

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
подпись расшифровка подписи

**Доверенность на сопровождение несовершеннолетнего ребенка**  
(рекомендуемая форма)

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

паспорт серия \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_, выдан (дата, и кем) \_\_\_\_\_

"\_\_" \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

Уполномочиваю \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

паспорт серия \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_, выдан (дата, и кем) \_\_\_\_\_

"\_\_" \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (адрес места жительства представителя)

Сопровождать моего несовершеннолетнего ребенка \_\_\_\_\_  
(Ф.И. полностью)

дата рождения \_\_\_\_\_ в медицинские учреждения г.

Тюмени, а также:

- получать любую информацию относительно состояния здоровья моего ребенка
- получать справки, выписки, рецепты, и иные документы
- принимать решения по вопросам медицинских обследований и медицинских вмешательств
- подписывать все виды информированных согласий, в том числе на медицинское вмешательство и вакцинацию

Доверенность выдана без права передоверия вышеуказанных полномочий сроком на \_\_\_\_\_ с момента ее подписания и действительна при предъявлении документа удостоверяющего личность (паспорт).

Подпись доверителя \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

Дата