

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

ПРИКАЗ

« 11 » 05 2022 г.

№ 284

«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 12.11.2021 г. N 1051н «Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства»

ПРИКАЗЫВАЮ:

Утвердить:

1. Порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства (приложение № 1).
2. Форму информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство (приложение № 2).
3. Форму отказа от медицинского вмешательства (приложение № 3).
4. Рекомендовать для использования в работе форму доверенности при сопровождении несовершеннолетнего ребенка (приложение № 4).
5. Приказ № 1232 от 20.11.2018 «Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия и отказа от него» считать утратившим силу.
6. Документоведу Плотниковой Т.И. ознакомить с настоящим приказом всех заинтересованных лиц.
7. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя директора по медицинской части.

И.о. директора



Т.В. Журавель

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 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 МЗ РФ № 390 от 23.04.2012:

- опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза;
- осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование;
- антропометрические исследования;
- термометрия;
- тонометрия;
- неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций;
- неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций;
- исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы);
- лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические;
- функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных);
- рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования;
- введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно;
- медицинский массаж;
- лечебная физкультура.

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 лица, не достигшего возраста, установленного частью 5 статьи 47 и частью 2 статьи 54 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», 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.

8. ИДС действительно в течение всего срока оказания медицинской помощи в Центре.

9. Гражданин или его законный представитель, указанный в пункте 2 настоящего Порядка, при оформлении информированного добровольного согласия вправе определить лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья, в том числе после его смерти.

10. 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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

11. 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.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я,

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

" ____ " _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по
адресу:

_____ (указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В ОТНОШЕНИИ

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

" ____ " _____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства 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 (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

в ФБУ Центр реабилитации ФСС РФ «Тараскуль»

_____ (полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником

_____ (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) 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".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (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), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

" ____ " ____ 20 ____ г.
(дата оформления)

*Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г.,
регистрационный N 24082.

Отказ от медицинского вмешательства

Я, _____ " ____ " _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата
рождения гражданина либо законного
представителя)

зарегистрированный по адресу: _____
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

В отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия
законным представителем)

" ____ " _____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании
законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи

в ФБУ Центр реабилитации ФСС РФ «Тараскуль»
(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: _____
(наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) 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)

_____ (указываются возможные последствия отказа от вышеуказанного (вышеуказанных) вида (видов) медицинского вмешательства, 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 (такие) вид (виды) медицинского вмешательства.

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество
(при наличии) медицинского
работника)

" _____ " _____ Г.

(дата оформления)

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.О. 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)

«__» _____ 20__ г.