



РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ  
Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа-Югры  
«ПИОНЕРСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА»

ПРИКАЗ

№ 445/1

«02» сентября 2019 года

Об утверждении порядка дачи  
информированного добровольного согласия  
на медицинское вмешательство  
и отказа от вида медицинского  
вмешательства

В соответствии со ст.20 Федерального закона № 323 –ФЗ от 21.11.2011 г. Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» на основании приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации № 538н от 17 июля 2019 года « О внесении изменений в порядок дачи информирования добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. № 1177н,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить порядок 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 (Приложение 1).
2. Принять в работу форму информированного добровольного согласия и отказа от вида медицинского вмешательства согласно Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 17 июля 2019года № 538 н (приложение 2,3).
3. Назначить ответственных за введение формы в БУ «Пионерская районная больница» (приложение 2,3):
  - 3.1.и.о заместителя главного врача по медицинской части – Рюгера В.В. в стационаре;
  - 3.2.и.о. заместителя главного врача по амбулаторно-поликлинической работе - Каджинову И.В. в поликлинике, врачебных амбулаториях, детские сады, дневной стационар при поликлинике.
4. Назначить ответственным за информационно-техническое сопровождение Новикова Ю.Н. – начальник ИТО.
  - 4.1.обеспечить размещение формы для ознакомления на официальном сайте учреждения.
5. Документоведу АУ – Мальцевой Т.К.
  - 5.1.ознакомить заинтересованных лиц под подпись.
6. Приказ учреждения № 441 от 29.08.2019 года считать утратившим силу.
7. Контроль за исполнением данного приказа оставляю за собой.

Главный врач

Бердницкая М.Е.

## ПОРЯДОК

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

1. Настоящий порядок определяет процедуру дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств.
2. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, (далее - информированное добровольное согласие), и отказ от видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, дается гражданином либо одним из родителей или иным законным представителем.
3. Информированное добровольное согласие дает один из родителей или иной законный представитель в отношении:
  - 3.1. лица, не достигшего возраста (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
  - 3.2. лица, не достигшего возраста (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
  - 3.3. 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 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 лечащим врачом либо иным медицинским работником гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, предоставляется в доступной для него форме полная информация о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах видов медицинских вмешательств.
6. При отказе от видов медицинских вмешательств, гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, в доступной для него форме должны разъяснены возможные последствия такого отказа, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния).
7. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств или отказ от медицинского вмешательства оформляется в виде документа на бумажном носителе по форме согласно настоящего приказа (Приложение 2,3).

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. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

\_\_\_\_\_ (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. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 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. № 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. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 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)