ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ «РЕСПУБЛИКАНСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА ИМ. Н.А. СЕМАШКО»

ПРИКАЗ

25.02.22 **г. Симферополь** № 161

Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия и отказа от медицинского вмешательства, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в ГБУЗ РК «РКБ им.Н.А.Семашко»

В соответствии с частью 8 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья в Российской Федерации», Федеральным законом от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.11.2021г. №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», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации и социального развития Российской Федерации от 23.04.2012г. №390н «Об утверждении перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированные добровольные согласия при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации и социального развития Российской Федерации от 26.01.2009г. №19н «О рекомендуемом образце добровольного информированного согласия на проведение профилактических прививок детям или отказа от них», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.12.2003г. №606 «Об утверждении инструкции по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку и образца информированного согласия на проведение химиопрофилактики ВИЧ», «Методических рекомендаций о проведении обследования на ВИЧ-инфекцию», утвержденных Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 06.08.2007г. №5950-РХ, приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.2020г. №1129н «Об утверждении Правил проведения обязательного медицинского освидетельствования на выявление вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», Постановления Главного санитарного врача Российской Федерации от 28.01.2021г. №4 «Об утверждении

санитарных правил и норм СанПин 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.04.2016г. №216н «Об утверждении формы информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности по желанию женщины», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012г. №930н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «гематология», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.06.2013г. №354н «О порядке проведения патолого-анатомических вскрытия», письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.10.2021г. №30-4/И/2-17927 «Временные методические рекомендации «Порядок проведения вакцинации взрослого населения против COVID-19», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.12.2021г. №1122н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемиологическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок», в целях обеспечения прав граждан на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказа от него

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить порядок дачи информированного добровольного согласия (далее – ИДС) на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в условиях круглосуточного/дневного стационара (приложение №1).

2. Утвердить формы информированных добровольных согласий:

2.1. Согласие пациента на обработку персональных данных (приложение №2);

2.2.ИДС на предоставление сведений, составляющих врачебную тайну (приложение №3);

2.3.ИДС на предоставление сведений, составляющих врачебную тайну в целях проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях и использования в учебном процессе (приложение №4);

2.4.ИДС на медицинское вмешательство в условиях круглосуточного/ дневного стационара (приложение №5);

2.5.ИДС на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства (приложение №6);

2.6.ИДС на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства представляемого (приложение №6а);

2.7.ИДС на оперативное вмешательство (манипуляцию) (приложение № 7);

2.8.ИДС на оперативное вмешательство (манипуляцию) представляемого (приложение № 7а);

2.9.ИДС на операцию – переливание компонентов крови, искусственной и (или) ауто (собственной) крови и (или) ее компонентов (приложение № 8);

2.10.ИДС на операцию – переливание компонентов крови, искусственной и (или) ауто (собственной) крови и (или) ее компонентов представляемого (приложение № 8а);

2.11.ИДС на вакцинацию (приложение №9);

2.12.ИДС на вакцинацию представляемого (приложение №9а);

2.13.ИДС пациента на вакцинацию против новой коронавирусной инфекции или отказ от неё (приложение № 10);

2.14.ИДС на проведение профилактических прививок детям или отказ от них (приложение №11);

2.15. ИДС на транспортировку представляемого (приложение №12);

2.16.ИДС на проведение обследования на ВИЧ-инфекцию (приложение №13);

2.17.ИДС на проведение химиопрофилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку во время беременности, родов и новорожденному (приложение №14);

2.18. ИДС на интратекальное введение, посредством люмбальной пункции препарата нусинерсен («Спинраза») для лечения спинальной мышечной атрофии (приложение №15);

2.19. ИДС на проведение химиотерапии (приложение №16);

2.20.ИДС на проведение искусственного прерывания беременности по желанию женщины (приложение №17);

2.21.ИДС (или отказ) на сохранение беременности с пренатально установленными аномалиями развития у плода (приложение №18);

2.22.ИДС на выполнение операции элиминации плода (приложение №19);

2.23.ИДС на ведение родов, осложнившихся дородовым излиянием околоплодных вод при сроке беременности до 37 недель (приложение №20);

2.24.ИДС на активное или физиологическое ведение третьего периода родов (приложение №21);

2.25.ИДС на медицинское вмешательство по поводу цервикального серкляжа (приложение №22);

2.26.ИДС на выполнение индукции родов (приложение №23);

2.27.ИДС на применение терапии препаратом «вне инструкции» («off-label») (приложение №24);

2.28.ИДС на операцию – кесарево сечение, предоперационную антибиотикопрофилактику (приложение№25);

2.29.ИДС на самопроизвольное родоразрешение через естественные родовые пути у пациентки с рубцом на матке после кесарева сечения в анамнезе (приложение №26);

2.30.ИДС на наружный поворот плода при тазовом предлежании (приложение №27).

3.Утвердить формы отказа:

3.1. Отказа от госпитализации (приложение №28);

3.2.Отказ от проведения медицинского вмешательства, от проведения оперативного вмешательства, от диагностических и лечебных манипуляций, от проведения операции переливания крови и ее компонентов, от проведения вакцинации, отказ от транспортировки (приложение №29);

3.3.Отказ от проведения медицинского вмешательства, от проведения оперативного вмешательства, от диагностических и лечебных манипуляций, от проведения операции переливания крови и ее компонентов, от проведения вакцинации, отказ от транспортировки представляемого (приложение №29а);

3.4.Отказ от проведения патологоанатомического вскрытия умершего (приложение №30).

4.Утвердить форму заявления об отказе от родительских прав и согласия на усыновление (приложение №31).

5.При оказании медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях ГБУЗ РК «РКБ им.Н.А.Семашко», при оформлении медицинской карты пациента (ф.№025/у), использовать формы и порядок дачи ИДС, утверждённые приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.11.2021г. №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»:

5.1.Порядок дачи ИДС на медицинской вмешательство и отказа от медицинского вмешательства для получения медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях (приложение №32);

5.2.ИДС на медицинское вмешательства для получения медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях (приложение №33);

5.3.Форму отказа от медицинского вмешательства для получения медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях (приложение №34).

6.Заведующим отделениями и поликлиниками:

6.1.Контролировать своевременность и качество оформления утвержденных форм информированных добровольных согласий (отказов).

6.2.Обеспечить наличие данного приказа в «Папке заведующего отделением», «Папке дежурного врача», «Информационной Папке пациента».

7.Признать утратившим силу приказ ГБУЗ РК «РКБ им.Н.А.Семашко» от 09.01.2018г. №17 «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, форм информированного добровольного согласия в ГБУЗ РК «РКБ им.Н.А.Семашко», а также приказы, вносящие дополнения к нему - от 05.02.2018г. №93; от 26.03.2018г. №209, от 05.04.2018г. №251, от 06.06.2018г. №432, от 26.06.2018г. №487, от 29.08.2019г. №691, от 27.01.2021г. №68, от 30.09.2021г. №987.

8.Настоящий приказ вступает в силу с 01.03.2022г.

9.Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Главный врач **В.А.Фурсова**

Ю.А.Семёнова
373-460

Приложение№1

УТВЕРЖДЕНО
приказом ГБУЗ РК «РКБ им.Н.А.Семашко»
от 25.02.22 № 161

Порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в условиях круглосуточного/дневного стационара.

1.Настоящий порядок устанавливает правила дачи и оформления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказ от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств.

2.Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от видов медицинских вмешательств дается гражданином, либо одним из родителей или иным законным представителем в отношении лиц, указанных в пункте 3 настоящего порядка.

3.Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство дает один из родителей или иной законный представитель в отношении:

3.1. Лица, не достигшего возраста установленного частью 5 статьи 47 и частью 2 статьи 54 Федерального закона от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство;

3.2.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 медицинское вмешательство оформляется при обращении в медицинскую организацию за предоставлением специализированной и/или высокотехнологичной медицинской помощи до непосредственного осуществления медицинских вмешательств.

5.Перед оформлением информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, лечащим врачом либо иным медицинским работником гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, указанного в пункте 3 настоящее 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, 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.Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство оформляется в виде документа на бумажном носителе по форме, предусмотренной приложениями к данному приказу, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в пункте 3 настоящего Порядка, а также медицинским работником, оформившим такое согласие с обязательным указанием даты, и подшивается в медицинскую документацию пациента. Либо формируется в форме электронного документа, подписанного гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в пункте 3 настоящего Порядка, с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи или простой электронной подписи посредством применения единой системы идентификации и аутентификации (далее-ЕСИА), а также медицинским работником с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи, и включается в медицинскую документацию пациента.

8.Гражданин или его законный представитель, указанный в пункте 3 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 смерти.

9. Решение о медицинском вмешательстве без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя принимается:

9.1.В случае, 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, а также в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих (Постановление Правительства Российской Федерации от 01.12.2004г. №715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих») – консилиумом врачей, а в случае, если собрать консилиум невозможно, - непосредственно лечащим (дежурным) врачом с внесением такого решения в медицинскую документацию пациента и последующим уведомлением должностных лиц (заведующего отделением и заместителя главного врача по медицинской части/заместителя главного врача по хирургической помощи), гражданина, в отношении которого проведено медицинское вмешательство, одного из родителей или иного законного представителя лица, в отношении которого проведено медицинское вмешательство. В случае, если решение о медицинском вмешательстве принимается без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя, в медицинскую документацию вносится соответствующая отметка с указанием основания, в связи с чем такое решение было принято;

9.2.В отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, и лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления), - судом в случаях и в порядке, которые установлены законодательством Российской Федерации.

10.Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство действительно в течение всего срока оказания медицинской помощи.

11.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 информированное

добровольное согласие на виды медицинских вмешательств), за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

12.Отказ от одного или нескольких видов вмешательств, оформляется в виде документа на бумажном носителе по форме, предусмотренной приложениями в соответствии с данным приказом, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в пункте 3 настоящего Порядка, медицинским работником либо формируется в форме электронного документа, подписанного гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в пункте 3 настоящего Порядка, с использованием усиленной квалифицированной подписи или простой электронной подписи посредством применения ЕСИА, а также медицинским работником с использованием квалифицированной электронной подписи, и включается в медицинскую документацию пациента.

При отказе от видов медицинских вмешательств и/или госпитализации, беременной (роженице) своевременно в доступной форме, в полном объеме должны быть разъяснены последствия такого отказа, в том числе вероятность развития осложнения заболевания (состояния) как для самой женщины, так и для плода и новорожденного.

13.При отказе в заполнении формы информированного добровольного согласия гражданином, одним из родителей или иным законным представителем, комиссией оформляется отказ об отказе от проведения медицинских вмешательств (приложение №11, №11а к данному приказу).

В состав комиссии входят:

– в рабочее время – заведующий отделением, лечащий врач, врач отделения;

– в нерабочее время – дежурный врач профильного отделения, медицинская сестра постовая отделения.

14.ИДС и (или) отказ от медицинского вмешательства одного из родителей или иным законным представителем лица, указанного в пункте 3 настоящего Порядка, могут быть сформированы в форме электронного документа при наличии в медицинской документации пациента сведений о его законном представителе.

ИДС и (или) отказ от медицинского вмешательства в форме электронного документа формируются с использованием единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации, медицинской информационной системы медицинской организации, иных информационных систем, предназначенных для сбора, хранения, обработки и представления информации, касающейся деятельности медицинской организации и предоставляемых услуг.

ИДС и (или) отказ от медицинского вмешательства в форме электронного документа подписываются гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в пункте 3 настоящего Порядка, с использованием простой электронной подписи посредством применения ЕСИА при условии, что при выдачи ключа простой электронной подписи его личность установлена при личном приеме либо с помощью сведений, представленных заявителем путем использования индивидуальных средств коммуникации заявителя.

15.Факт отсутствия информированного добровольного согласия, в том числе при правильном диагнозе и лечении признается несоблюдением прав пациента в процессе оказания ему медицинской помощи и квалифицируется как ненадлежащее исполнение медицинским работником своих профессиональных обязанностей. Информированное добровольное согласие считается не имеющим юридической силы при отсутствии хотя бы одного из обязательных составляющих (Ф.И.О. пациента и врача, подписи пациента и врача, дата пациента и врача, описание медицинских вмешательство, риски, возможность отказа и его последствия, обоснования вмешательств без получения согласия и т.д.).

Приложение№2

УТВЕРЖДЕНО
приказом ГБУЗ РК «РКБ им.Н.А.Семашко»
от 28.02.22 № 161

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я,_____
(Ф.И.О. полностью)

проживающий(ая) по адресу: _____,

паспорт: серия_____ номер_____, выдан_____

_____, _____,
(дата и название выдавшего органа) (года рождения)

<u>Этот раздел бланка заполняется только на несовершеннолетних, либо нетрудоспособных лиц</u>

Я,_____
(Ф.И.О. полностью)

проживающий(ая) по адресу: _____,

паспорт: серия_____ номер_____, выдан_____

_____,
(дата и название выдавшего органа)

_____года рождения, являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель,

опекун, попечитель и т.д.) ребенка или лица, признанного недееспособным_____

_____
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного лица полностью)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие на обработку **ГБУЗ РК «РКБ им.Н.А.Семашко»** (далее – Оператор) моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ООМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими (лица, законным представителем которого я являюсь) персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе самостоятельно обрабатывать либо передавать на обработку уполномоченным на то должностным лицам, заключившим согласие о неразглашении персональных данных, мои (лица, законным представителем которого я являюсь) персональные данные посредством внесения их в информационные системы Министерства здравоохранения Республики Крым, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС.

Оператор имеет право по исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС на обмен (прием и передачу) моими (лица, законным представителем которого я являюсь) персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, заключившим соглашение о неразглашении персональных данных.

Срок хранения моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты). Передача моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных иным лицам или их разглашение, кроме случаев, прямо предусмотренных настоящим соглашением, может осуществляться только с моего письменного разрешения.

Настоящее соглашение дано мной «_____»_____г. и действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отказе настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Субъект персональных данных
(законный представитель) _____

Представитель оператора _____
(должность, ФИО)

Приложение№3

УТВЕРЖДЕНО
приказом ГБУЗ РК «РКБ им.Н.А.Семашко»
от 28.02.22 № 161

ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко»
Информированное добровольное согласие
на предоставление сведений, составляющих врачебную тайну

Я, _____
(фамилия, имя, отчество - полностью)

_____ проживающая по адресу: _____
(день, месяц, год рождения)

_____

1. Поставлен(а) в известность, что в связи с обращением за медицинской помощью и (или) нахождением (госпитализацией) в отделение _____

_____
(указать название отделения)

Согласно ст.13 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323 – ФЗ от 21.11. 2011г. любая информация о факте моего обращения и (или) моего представляемого за медицинской помощью, состоянии здоровья моего и (или) моего представляемого, диагнозе, заболевании и иные сведения, полученные при обследовании и (или) лечении, составляют врачебную тайну. Ее разглашение возможно только в предусмотренных законом случаях.

_____
(подпись)

2. - Мне, так же было разъяснено, что получение согласия гражданина или его законного представителя на передачу сведений, составляющих врачебную тайну и другим лицам (в том числе должностным лицам) необходимо в интересах профилактических мероприятий, обследования, лечения, реабилитации пациента; для проведения научных исследований; публикации в научной литературе, использования этих сведений в учебном процессе и/или в других случаях, предусмотренных законодательством.
- Данная информация доведена мне в доступной форме, положения законодательства о врачебной тайне мне разъяснены, понятны.

_____
(подпись)

-Разрешаю, в случае _____
(указать причины, указанные в п.2)

предоставлять информацию, составляющую в отношении меня врачебную тайну указанным лицам (родственникам, законным представителям, гражданам действующих в отношении меня и (или) моего представляемого, студентам, преподователям кафедр и.т.д. **В случае отсутствия таковых либо возражения в предоставлении сведений - поставить НЕТ):**

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

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

" _____ " _____ 20 _____ года. Подпись гражданина _____
(подпись)

Мною, врачом _____ разъяснены все положения настоящего документа. Подтверждаю, что гражданин расписался в моем присутствии.

Врач _____
(Должность, ФИО)

_____ (подпись)

Приложение№4

УТВЕРЖДЕНО
приказом ГБУЗ РК «РКБ им.Н.А.Семашко»
от 25.02.22 № 161

ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко»
Информированное добровольное согласие
на предоставление сведений, составляющих врачебную тайну в целях проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях и использования в учебном процессе

г. Симферополь **« ____» _____ 20__ г.**

В силу частей 1, 3 статьи 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (далее - Закон) сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. С письменного согласия гражданина или его законного представителя допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в целях медицинского обследования и лечения пациента, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе и в иных целях.

Руководствуясь частью 3 статьи 13 Закона,

я, _____,
(фамилия, имя, отчество - полностью)

_____, проживающий (-ая) по адресу: _____
(день, месяц, год рождения)

_____
паспорт (документ, удостоверяющий личность)

_____
(серия, номер, дата выдачи и наименование органа, выдавшего)

заявляю о своем согласии на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко» в целях проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях и использования в учебном процессе.

Данное согласие продолжает действовать также после моей смерти и распространяется в том числе на такие сведения, составляющие врачебную тайну, которые могут появиться после моей смерти (в том числе данные патолого-анатомического вскрытия, судебно-медицинского исследования и подобные сведения).

Согласие действует впредь до истечения трех лет со дня моей смерти либо до дня отзыва данного согласия.

_____ _____
(подпись) (фамилия, имя, отчество - полностью)

Приложение№5

УТВЕРЖДЕНО
приказом ГБУЗ РК «РКБ им.Н.А.Семашко»
от 25.02.22 № 161

Информированное добровольное согласие
на медицинские вмешательства в условиях круглосуточного/дневного стационара

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество - полностью)
_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____
_____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет (для больных, страдающих наркоманией, не достигших 16 лет), или недееспособных граждан:
Я, _____,
паспорт: _____, выдан _____
_____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:
_____
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения)

поставлен (поставлена) в известность, что я (представляемый) госпитализирован (госпитализирована) в отделение
_____
(указать название или профиль отделения)

- Мне согласно моей воле даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого).
- Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому), следующих медицинских вмешательств:

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 органов и систем организма; лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические (в том числе исследование крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы), иммунологические; функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточноемониторирование артериального давления, суточноемониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных); рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования;антибиотикопрофилактику; прием лекарственных средств перорально (путем проглатывания); введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно,внутривенно, подкожно, внутрикожно; медицинский массаж; лечебная физкультура.

- Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.
- Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения, о возможном возникновении осложнений течения заболевания.

- Я извещен (извещена) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, извещать врача о необходимости приема любых, не прописанных лечащим врачом, лекарственных препаратов.

- Я предупрежден (предупреждена) и осознаю, что несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

- 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, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных препаратах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

- Мне разъяснено право на отказ от медицинских вмешательств (всех или частично), предоставлена информация о последствиях отказа и рисках для моего здоровья при отказе от медицинского вмешательства.

- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.

- Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам:

_____.

- Разрешаю посещение в медицинской организации представляемого ребенка или лица, признанного недееспособным, следующим гражданам:

_____

_____.

- Я согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны;

Да/Нет

(нужное подчеркнуть)

"___" _____ 20__ года _____

(подпись пациента/законного представителя)

Расписался в моем присутствии:

Врач _____

(должность, И.О.Фамилия)

"___" _____ 20__ года _____

(подпись)

Приложение№6

УТВЕРЖДЕНО
приказом ГБУЗ РК «РКБ им.Н.А.Семашко»
от 25.02.22 № 161

ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко»
Информированное добровольное согласие на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства

Я, _____
(фамилия, имя, отчество - полностью)

_____ проживающий по адресу: _____
(день, месяц, год рождения)

_____

находясь на лечении в отделении _____
(название отделения)

_____

Добровольно даю свое согласие на проведение мне : _____

_____
(название вида обезболивания, возможность изменения анестезиологической тактики во время операции)

- Я поставил(а) в известность врача-анестезиолога обо всех жалобах, перенесенных ранее заболеваниях, осложнениях (втч инфекционных - ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем и т.д.). Сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, о проведенных ранее переливании крови и ее компонентов, о принимаемых лекарственных средствах.
- Я информирован(а) о характере, методах и возможных неблагоприятных эффектах, последствиях (осложнениях), возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью во время анестезиологическое обеспечения медицинского вмешательства;
- Я предупрежден(а) о факторах риска анестезиологическое обеспечения медицинского вмешательства и понимаю, что его проведение сопряжено с риском нарушений со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности моего организма; непреднамеренного причинения вреда моему здоровью и даже неблагоприятного исхода;

Так же мне всесторонне разъяснены все возможные последствия вида обезболивания_____
указать

- Мне разъяснено и я осознаю, что во время анестезиологического обеспечения могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен (а) на то, что вид и тактика анестезиологического обеспечения могут быть изменены 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. Так же мне всесторонне разъяснены все возможные последствия вида обезболивания_____
.
указать

_____
(фамилия, имя, отчество - полностью)

" _____ " _____ 20 _____ года. Подпись гражданки (на) _____
(подпись)

- Я ознакомлен(а) с правилами внутреннего распорядка больницы, правилами лечебно-охранительного режима, установленного в ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко», и обязуюсь их соблюдать;
- Мне согласно моей воле, а так же во исполнении требований ст. 20 Федерального закона " Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации "от 21.11.2011 № 323-ФЗ даны полные и всесторонние разъяснения о моих правах при обращении за медицинской помощью;
- Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе вида обезболивания_____ и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы.
- Мною, врачом _____ разъяснены все положения настоящего документа Я подтверждаю, что гражданин расписался в моем присутствии.

Приложение№6а

УТВЕРЖДЕНО
приказом ГБУЗ РК «РКБ им.Н.А.Семашко»
от 28.02.22 № 161

ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко»
Информированное добровольное согласие на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства представляемого

Я, _____
(фамилия, имя, отчество - полностью)

_____ проживающий по адресу: _____
(день, месяц, год рождения)

Врач _____
(Должность)

(подпись)

«_____»_____201__г.

паспорт: _____ ,выдан: _____

являюсь законным представителем (**муж, жена, дочь, отецмать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)**
(нужное подчеркнуть)

представляемого: _____

(число, месяц, год рождения, паспортные данные представляемого - при наличии)

Добровольно даю свое согласие на проведение моему представляемому : _____

(название вида обезболивания, возможность изменения анестезиологической тактики во время операции)

- Я поставил(а) в известность врача-анестезиолога обо всех известных проблемах, жалобах моего представляемого, перенесенных ранее заболеваниях в том числе об всех заболеваниях (втч инфекционных - ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем и т.д.). Сообщил(а) известные, правдивые сведения о наследственности моего представляемого, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных известных травмах, операциях моего представляемого, о проведенных ранее переливании крови и ее компонентов, о принимаемых лекарственных средствах.
- Я ознакомлен (а) с планом обследования, лечения, реабилитации а так же о возможной их корректировке в соответствии с течением заболевания моего представляемого;
- Я информирован(а) о характере, методах, неблагоприятных эффектах, последствиях (осложнениях), возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью во время анестезиологическое обеспечения медицинского вмешательства моему представляемому, а также об основных методах их проведения;
- Я предупрежден(а) о факторах риска анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства и понимаю, что его проведение моему представляемому сопряжено с риском нарушений со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма моего представляемого; непреднамеренного причинения вреда здоровью моему представляемому и даже неблагоприятного его исхода; Так же мне всесторонне разъяснены все возможные последствия вида обезболивания_____
указать

- Мне разъяснено и я осознаю, что во время анестезиологического обеспечения моего (моей) представляемого могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен(а) на то, что вид и тактика анестезиологического обеспечения могут быть изменены 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 моего (моей) представляемого (представляемой) в предложенном объеме. Так же мне всесторонне разъяснены все возможные последствия вида обезболивания_____

. указать

_____

(фамилия, имя, отчество - полностью)

- Мне согласно моей воле, а так же во исполнении требований ст. 20 Федерального закона " Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации "от 21.11.2011 № 323-ФЗ даны полные и всесторонние разъяснения о моих правах при обращении за медицинской помощью;

" _____ " _____ 20 _____ года. Подпись гражданин

(подпись)

Мною, врачом _____ разъяснены все положения настоящего документа. Подтверждаю, что гражданин расписался в моем присутствии.

Врач _____

(Должность)

(подпись)

_____

(Фамилия И.О.)

«____»_____20__г.

Приложение№7

УТВЕРЖДЕНО
приказом ГБУЗ РК «РКБ им.Н.А.Семашко»
от 25.02.22 № 161

ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко»
Информированное добровольное согласие
на оперативное вмешательство (манипуляцию)

Я, _____
(фамилия, имя, отчество - полностью)

_____ проживающая по адресу: _____
(день, месяц, год рождения)

_____

_____

находясь на лечении в отделении _____

_____
(название отделения, номер палаты)

Добровольно даю свое согласие на проведение мне медицинской манипуляции (операции):

_____
(название операции, манипуляции)

- Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об всех заболеваниях, аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, 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 ознакомлен (а) с планом операции, а так же возможной его корректировкой в соответствии с течением заболевания и моим состоянием;
- Подтверждаю, что я ознакомлен(а) с характером предстоящей мне операции (манипуляции). Мне разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего оперативного вмешательства.
- 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 (манипуляции) сопряжено с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно – сосудистой, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда моему здоровью и даже неблагоприятного ее 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 знаю, что во время операции возможна потеря крови и даю согласие на переливание донорской и (или) искусственной и (или) ауто (собственной) крови и ее компонентов.
- Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе оперативного вмешательства и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы.

_____
(подпись)

- Я согласн(а) на запись хода операции на информационные носители и демонстрацию лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения ими врачебной тайны.
(в случае возражения по данному разделу поставить - НЕТ)

_____
(подпись)

*Отказ в заполнении настоящего пункта данного информированного добровольного согласия не влечет отказ от остальных пунктов данного информированного добровольного согласия

- Я ознакомлен(а) с правилами внутреннего распорядка больницы, правилами лечебно-охранительного режима, установленного в ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко», и обязуюсь их соблюдать;
- Мне согласно моей воле, а так же во исполнении требований ст. 20 Федерального закона " Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации "от 21.11.2011 № 323-ФЗ даны полные и всесторонние разъяснения о моих правах при обращении за медицинской помощью;
- Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною понятны и добровольно даю свое согласие на предложенное мне оперативное вмешательство (манипуляцию). Так же мне всесторонне разъяснены все возможные последствия оперативного вмешательства (манипуляции).

_____

(фамилия, имя, отчество - полностью)

" _____ " _____ 20 _____ года. Подпись гражданки

(подпись)

Мною, врачом _____ разъяснены все положения настоящего документа. Подтверждаю, что гражданин расписался в моем присутствии.

Врач _____

(Должность)

_____

(Фамилия И.О.)

(подпись)

«_____»_____ 20 ___ г.

Приложение№7а

УТВЕРЖДЕНО
приказом ГБУЗ РК «РКБ им.Н.А.Семашко»
от 28.02.22 № 161

ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко»
Информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство (манипуляцию) представляемого

Я, _____
(фамилия, имя, отчество - полностью)

_____ проживающая по адресу: _____
(день, месяц, год рождения)

_____

паспорт:		,выдан:	

являюсь законным представителем (**мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель**)
(нужное подчеркнуть)

представляемого:
(число, месяц, год рождения, паспортные данные представляемого - при наличии)

Добровольно даю свое согласие на проведение моему представляемому оперативного вмешательства (манипуляции) далее по тексту - операции:

_____
(название операции, манипуляции)

и прошу о ее проведении.

- Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем моего представляемого, в том числе об всех заболеваниях (в т.ч. инфекционных - ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем). Сообщил(а) правдивые сведения о наследственности моего представляемого, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, о проведенных ранее переливании крови и ее компонентов, о принимаемых лекарственных средствах
- Я ознакомлен (а) с планом операции (манипуляции) и лечения моего представляемого, а так же возможной его корректировкой в соответствии с течением операции и состоянием моего представляемого;
- Подтверждаю, что я ознакомлен(а) с характером предстоящей моему (моей) представляемому (представляемой) оперативного вмешательства (манипуляции). Мне разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего оперативного вмешательства (лечения).
- Мне разъяснено и я осознаю, что во время оперативного вмешательства 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 (манипуляции) моему (моей) представляемому (представляемой) сопряжено с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно – сосудистой, дыхательной 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 знаю, что во время операции (манипуляции) у моего (моей) представляемого (представляемой) возможна потеря крови и даю согласие на переливание донорской и (или) искусственной и (или) ауто (собственной) крови и ее компонентов.

- Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе оперативного вмешательства (манипуляции) моему (моей) представляемому (представляемой) и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы.

_____
(подпись)

*- Я согласен(а) на запись хода операции (манипуляции) на информационные носители и демонстрацию лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.
(в случае возражения по данному разделу поставить - НЕТ)

_____
(подпись)

*Отказ в заполнении настоящего пункта данного информированного добровольного согласия не влечет отказ от остальных пунктов данного информированного добровольного согласия

- Я ознакомлен(а) с правилами внутреннего распорядка больницы, правилами лечебно-охранительного режима, установленного в ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко», и мой представляемый обязуется их соблюдать;
- Мне согласно моей воле, а так же во исполнении требований ст. 20 Федерального закона " Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации "от 21.11.2011 № 323-ФЗ даны полные и всесторонние разъяснения о правах моего представляемого при обращении за медицинской помощью;
- Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною понятны и добровольно даю свое согласие на предложенное моему (моей) представляемому (представляемой) оперативное вмешательство;

_____
(фамилия, имя, отчество - полностью)

" _____ " _____ 20 ____ года. Подпись гражданки

(подпись)

Мною, врачом _____ разъяснены все положения настоящего документа. Подтверждаю, что гражданин расписался в моем присутствии.

Врач _____
(Должность)

_____
(Фамилия И.О.)

(подпись)

«____»_____20___г.

Приложение№8

УТВЕРЖДЕНО
приказом ГБУЗ РК «РКБ им.Н.А.Семашко»
от 28.02.22 № 161

ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко»

Информированное добровольное согласие на операцию - переливание компонентов крови, искусственной и (или) ауто (собственной) крови и (или) ее компонентов

Я, _____
(фамилия, имя, отчество - полностью)

_____ проживающий по адресу: _____
(день, месяц, год рождения)

_____

_____

находясь на лечении (обследовании, родоразрешении, родовспоможении) в отделении:

_____
(название отделения)

- Я поставил(а) в известность врача_____
(ФИО врача)

обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем, в том числе об всех заболеваниях, аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, и.т.д., принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов и их осложнениях. Сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

- Я ознакомлен (а) с планом обследования и лечения, а так же возможной их корректировкой в соответствии с течением заболевания и состоянием моего заболевания.

- Подтверждаю, что я ознакомлен(а) с характером предстоящей мне операции переливания крови и/или ее компонентов. Мне объяснены лечащим врачом цель переливания, его необходимость, характер и особенности процедуры.

- Мне разъяснено и я осознаю, что во время операции переливания крови и ее компонентов, искусственной и (или) ауто (собственной) крови и (или) ее компонентов могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения.

- Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе переливаний донорской, искусственной или ауто (собственной) крови и/или ее компонентов и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы, я получил(а) информацию об альтернативных методах лечения.

- Я предупрежден(а), что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции переливания крови и ее компонентов, и даю свое согласие на это.

- Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе переливание крови и ее компонентов, искусственной и (или) ауто (собственной) крови и (или) ее компонентов и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы.

- Добровольно даю свое согласие на проведение мне операции: переливание крови и ее компонентов, искусственной и (или) ауто (собственной) крови и (или) ее компонентов. _____
(подпись)

*- Я _____ с предложенным лечением, в чем расписался (лась)
Согласен(а) / не согласен (а)
собственноручно (согласно пункту 1.7. «Инструкции по применению компонентов крови», утвержденной приказом Минздрава России от 25.11.2002 №363.

_____
(подпись)

" _____ " _____ 20 _____ года.Подпись гражданина _____
(подпись)

Мною, врачом _____ разъяснены все положения настоящего документа. Подтверждаю, что гражданин расписался в моем присутствии.

Беседу провел врач _____
(Должность)

_____ _____
(подпись)

Приложение№8а

УТВЕРЖДЕНО
приказом ГБУЗ РК «РКБ им.Н.А.Семашко»
от 28.02.22 № 161

ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко»
Информированное добровольное согласие (отказ) на операцию переливание компонентов крови, искусственной и (или) ауто (собственной) крови и (или) ее компонентов представляемого

Я, _____
(фамилия, имя, отчество - полностью)

_____ проживающая по адресу: _____
(день, месяц, год рождения)

_____

паспорт:		,выдан:	

являюсь законным представителем (**мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель**)
(нужное подчеркнуть)

представляемого:
(число, месяц, год рождения, паспортные данные представляемого - при наличии)

- Я поставил(а) в известность врача_____
(ФИО врача)

обо всех проблемах, связанных со здоровьем у моего представляемого, в том числе об всех заболеваниях, аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, и.т.д., принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов и их осложнениях. Сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

- Я ознакомлен (а) с планом обследования и лечения моего представляемого, а так же возможной их корректировкой в соответствии с течением заболевания и состоянием моего представляемого

- Подтверждаю, что я ознакомлен(а) с характером предстоящей моему (моей) представляемому (представляемой) е операции переливания крови и ее компонентов, искусственной и (или) ауто (собственной) крови и (или) ее компонентов. Мне объяснены лечащим врачом цель переливания, его необходимость, характер и особенности процедуры.

- Мне разъяснено и я осознаю, что во время операции моему представляемому переливания крови и ее компонентов, искусственной и (или) ауто (собственной) крови и (или) ее компонентов могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения.

- Я предупрежден(а), что в ряде случаев моему представляемому могут потребоваться повторные операции переливания крови и ее компонентов, искусственной и (или) ауто (собственной) крови и (или) ее компонентов, и даю свое согласие на это.
- Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе для моего (моей) представляемого (представляемой) оперативного переливаний донорской, искусственной или ауто (собственной) крови и/или ее компонентов и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы, я получила информацию об альтернативных методах лечения.
- Добровольно даю свое согласие на проведение моему представляемому операции: переливание крови и ее компонентов, искусственной и (или) ауто (собственной) крови и (или) ее компонентов

_____
(подпись)

*- Я _____ с предложенным лечением, в чем расписался
Согласен (а) / не согласен(а)
(отказался(ась))
собственноручно (согласно пункту 1.7. «Инструкции по применению компонентов крови», утвержденной приказом Минздрава России от 25.11.2002 №363.

_____
(подпись)

" _____ " _____ 20 _____ года. Подпись гражданина [ ]
(подпись)

Мною, врачом _____ разъяснены все положения настоящего документа. Подтверждаю, что гражданин расписался в моем присутствии.

Беседу провел врач _____
(Должность)

_____ [ ]
(подпись)

_____
(Фамилия И.О.)

Приложение№9

УТВЕРЖДЕНО
приказом ГБУЗ РК «РКБ им.Н.А.Семашко»
от 25.02.22 № 161

ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко»
Информированное добровольное согласие на вакцинацию

Я,

_____
(фамилия, имя, отчество - полностью)

_____ проживающий по адресу: _____
(день, месяц, год рождения)

_____

Добровольно даю свое согласие на оказание мне медицинской манипуляции в виде вакцинации:

_____

_____

_____
(указать название вакцин)

_____

и прошу о ее проведении. _____
(подпись)

- Я понимаю, что вакцинация это профилактическое медицинское мероприятие, которое снижает риск развития отдельных инфекционных заболеваний в течение определенного промежутка времени от момента вакцинации.
- Мне понятны задачи и цели вакцинации, методы и техника проведения данной манипуляции.
- Я поставил(а) в известность медицинского работника о предшествующих вакцинациях, обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем, в том числе о обо всех перенесенных мною и известных мне заболеваниях, в т.ч. инфекционные носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, и.т.д.; формах аллергических проявлений или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, принимаемых лекарственных средствах, о предыдущих случаях вакцинации, о наличии реакций или осложнений на предшествующие введения вакцин у меня и ближайших родственников, о переливании крови и ее компонентов и их осложнениях. Сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических средств, психотропных веществ.
- К моменту вакцинации у меня нет никаких жалоб на мое здоровье (температура, боль, озноб, сильная слабость, диарея, рвота, аллергия и т.д.).
- Мне ясно и я принимаю тот факт, что после вакцинации 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 такие поствакцинальные осложнения могут наблюдаться (шок, аллергические реакции и другие), но вероятность возникновения таких реакций значительно ниже, чем вероятность развития неблагоприятных исходов заболеваний, для предупреждения которых производится вакцинация.
- Я предупрежден(а) о факторах риска и противопоказаниях к вакцинации.
- Мне согласно моей воле, а так же во исполнении требований ст. 20 Федерального закона " Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации "от 21.11.2011 № 323-ФЗ даны полные и всесторонние разъяснения о правах моего представляемого при обращении за медицинской помощью;

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

« _____ » _____ 20 ____ года. Подпись пациента

Мною, врачом _____ разъяснены все положения настоящего документа: Подтверждаю, что гражданин расписался в моем присутствии.

Врач,
медсестра _____ (подпись)
(Должность, И.О.Фамилия)

« _____ » _____ 20 ____ года

ПРИМЕЧАНИЕ:

- при отказе от профилактических прививок, в письменной форме заполняется Отказ от проведения медицинского вмешательства (на бланке приложения № 29).

Приложение№9а

УТВЕРЖДЕНО
приказом ГБУЗ РК «РКБ им.Н.А.Семашко»
от 25.02.22 № 161

ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко»
Информированное добровольное согласие на вакцинацию представляемого

Я,

_____
(фамилия, имя, отчество - полностью)

_____ проживающая по адресу: _____
(день, месяц, год рождения)

_____

паспорт:		,выдан:	

являюсь законным представителем (**мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель**)
(нужное подчеркнуть)
представляемого:

(число, месяц, год рождения, паспортные данные представляемого - при наличии)

Добровольно даю свое согласие на вакцинацию моего представляемого

_____
(указать название вакцин)

_____

и прошу о ее проведении.

_____
(подпись)

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

- Мне понятны задачи и цели вакцинации, методы и техника проведения данной манипуляции моему (моей) представляемому.

- Я поставил(а) в известность медицинского работника о предшествующих вакцинациях, обо всех проблемах, связанных со здоровьем моего представляемого, в том числе о обо всех перенесенных у моего (моей) представляемого известных заболеваниях моего (моей) представляемого, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, и.т.д., формах аллергических проявлений или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, принимаемых лекарственных средствах моим представляемым, о предыдущих случаях вакцинации, о наличии реакций или осложнений на предшествующие введения вакцин у моего (моей) представляемого и ближайших его родственников, о переливании крови и ее компонентов. Сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических средств, психотропных веществ.

- К моменту вакцинации у моего (моей) представляемого (представляемой) нет никаких жалоб на здоровье и (или) каких либо видимых симптомов недомогания - болезни (температура, боль, озноб, сильная слабость, диарея, рвоты, аллергии и.т.д.).

- Мне ясно и я принимаю тот факт, что у моего (моей) представляемого (представляемой) после вакцинации могут наблюдаться реакции на прививку, которые могут быть местными и общими. Мне понятно, что такие могут наблюдаться поствакцинальные осложнения, но вероятность возникновения таких реакций значительно ниже, чем вероятность развития неблагоприятных исходов заболеваний, для предупреждения которых производится вакцинация.

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

- Мне согласно моей воле, а так же во исполнении требований ст. 20 Федерального закона " Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации "от 21.11.2011 № 323-ФЗ даны полные и всесторонние разъяснения о правах моего представляемого при обращении за медицинской помощью;

- Я ознакомлен(а) и соглас(е)н(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на вакцинацию моего (моей) представляемого (представляемой).

« _____ » _____ 20 _____ года. Подпись представителя

Мною, врачом _____ разъяснены все положения настоящего документа: Подтверждаю, что гражданин расписался в моем присутствии.

Врач

_____

(Должность, И.О.Фамилия)

(подпись)

« _____ » _____ 20 _____ года

ПРИМЕЧАНИЕ:

- при отказе от профилактических прививок, в письменной форме на бланке приложения № 29а.

Приложение№10

УТВЕРЖДЕНО
приказом ГБУЗ РК «РКБ им.Н.А.Семашко»
от 25.02.22 № 161

Добровольное информированное согласие пациента на вакцинацию против новой коронавирусной инфекции или отказ от нее (лицевая сторона)

Я, нижеподписавшийся(аяся) _____ _____
(ФИО вакцинируемого или законного представителя) (год рождения)

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

Номер телефона для связи: _____

Настоящим подтверждаю, что проинформирован врачом:
- о смысле и цели вакцинации;
- на момент вакцинации я не предъявляю никаких острых жалоб на состояние здоровья (температура тела нормальная, отсутствуют жалобы на боль, озноб, сильную слабость, нет иных выраженных жалоб, которые могут свидетельствовать об острых заболеваниях или обострении хронических);
- я понимаю, что вакцинация - это введение в организм человека иммунобиологического лекарственного препарата для создания специфической невосприимчивости к инфекционным заболеваниям;
- мне ясно, что после вакцинации возможны реакции на прививку, которые могут быть местными (покраснения, уплотнения, боль, зуд в месте инъекции и другие) и общими (повышение температуры, недомогание, озноб и другие); крайне редко могут наблюдаться поствакцинальные осложнения (шок, аллергические реакции и другие), но вероятность возникновения таких реакций значительно ниже, чем вероятность развития неблагоприятных исходов заболевания, для предупреждения которого проводится вакцинация;
- о всех имеющихся противопоказаниях к вакцинации.
- я поставил (поставила) в известность медицинского работника о ранее выполненных вакцинациях обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе о любых формах аллергических проявлений, обо всех перенесенных мною и известных мне заболеваниях, принимаемых лекарственных средствах, о наличии реакций или осложнений на предшествующие введения вакцин у меня. Сообщила (для женщин) об отсутствии факта беременности или кормления грудью.

Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы.

Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки против новой коронавирусной инфекции, возможных прививочных реакциях, последствиях отказа от неё, подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов и:

добровольно соглашаюсь на проведение прививки «____»_____202_г.
(подпись пациента)

добровольно отказываюсь от проведения прививки «____»_____202_г.
(подпись пациента)

Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением прививок и дал ответы на все вопросы.

Врач _____ _____
(фамилия, имя, отчество) (подпись)

Приложение№11

УТВЕРЖДЕНО
приказом ГБУЗ РК «РКБ им.Н.А.Семашко»
от 28.01.22 № 16

Приложение
к Приказу Минздравсоцразвития России
от 26.01.2009 № 19н

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ДЕТЯМ ИЛИ ОТКАЗА ОТ НИХ

1. Я, нижеподписавшийся(аяся) _____,
(фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет) / несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте старше 16 лет)

_____ года рождения, настоящим подтверждаю то,
(указывается год рождения несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте старше 16 лет)

что проинформирован(а) врачом:

а) о том, что профилактическая прививка – это введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням;

б) о необходимости проведения профилактической прививки, возможных поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее;

в) о медицинской помощи при проведении профилактических прививок, включающей обязательный медицинский осмотр несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет перед проведением прививки (а при необходимости – медицинское обследование), который входит в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и предоставляется в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно;

г) о выполнении предписаний медицинских работников.

2. Я проинформирован(а) о том, что в соответствии с пунктом 2 статьи 5 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 (Постановление Правительства Российской Федерации от 15 июля 1999 г. № 825 "Об утверждении перечня работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок").

Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил исчерпывающие ответы.

Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки _____,
(название прививки)

возможных прививочных реакциях и поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и:

добровольно соглашаюсь на проведение прививки [1] _____
(название прививки)

(добровольно отказываюсь от проведения прививки _____)
(название прививки)

несовершеннолетнему _____.
(указывается фамилия, имя, отчество и год рождения несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет/несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет)

Я, нижеподписавшийся(аяся)[2] _____
(фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16лет)/несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте старше 16 лет)

Дата _____ _____
(подпись)

Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением профилактических прививок несовершеннолетнему, и дал ответы на все вопросы.

Врач _____ _____ Дата _____
(фамилия, имя, отчество) (подпись)

[1] Нужное подчеркнуть.
[2] Заполняется для несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетних больных наркоманией в возрасте до 16 лет.

Приложение№12

УТВЕРЖДЕНО
приказом ГБУЗ РК «РКБ им.Н.А.Семашко»
от 25.02.22 № 161

ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко»
Информированное добровольное согласие
на транспортировку представляемого

Я,

_____
(фамилия, имя, отчество - полностью)

_____ проживающая по адресу:_____
(день, месяц, год рождения)

_____

паспорт:		, выдан:	

являясь законным представителем **(муж, жена, сын, дочь, мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)**
(нужное подчеркнуть)

представляемого: _____,
(ФИО, число, месяц, год рождения, паспортные данные)

(далее по тексту-представляемого), находящегося (ейся) на лечении в отделении (указать) _____

_____ Добровольно даю свое согласие на транспортировку моего представляемого в другое медицинское учреждение_____ _____

_____
(указать наименование учреждения)

(в случае транспортировки за пределы г. Симферополя указать населенный пункт)

Вид транспортировки:

- Я в доступной и понятной для меня форме был(а) проинформирована лечащим врачом о необходимости направления моего представляемого в другое медицинское учреждение_____с целью _____ и даю на это свое согласие.
- Мне согласно моей воле даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания (остояния) моего представляемого во время транспортировки;

_____
(Подпись представителя)

_____
отдельно от меня
(совместно со мной)

- Я даю свое согласие на сопровождение моего представляемого медицинскими сотрудниками учреждения (указать) _____ в составе:

1. _____
2. _____
3. _____

- Я предупрежден(а) о факторах риска, а так же возможных негативных последствиях которые могут возникнуть в результате транспортировки моего представляемого, учитывая диагноз, а так же состояние моего представляемого;

Подпись представителя

- Мне согласно моей воле разъяснено мое право отказаться от предложенной моему представляемому транспортировки

_____
(Подпись представителя)

- Я ознакомлен(а) и согласна со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на все вышеуказанные действия (манипуляции) медицинским персоналом учреждения _____

« _____ » _____ 20 _____ года. Подпись представителя

Мною, врачом _____ разъяснены все положения настоящего документа. Подтверждаю, что гражданин расписался в моем присутствии.

Врач _____ (подпись)
(Должность, И.О.Фамилия)

« _____ » _____ 20 _____ года

ПРИМЕЧАНИЕ:

- при отказе от транспортировки, в письменной форме заполняется бланк № 29а.

Приложение№13

УТВЕРЖДЕНО
приказом ГБУЗ РК «РКБ им.Н.А.Семашко»
от 25.02.22 № 161

«Методические рекомендации о проведении обследования на ВИЧ-инфекцию»
(утв. Минздравсоцразвития РФ 06.08.2007 №5950-РХ)

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 решение пройти тестирование на антитела к ВИЧ. Для этой цели я соглашаюсь сдать анализ крови объемом около 5 мл. В процессе забора крови, как правило, будет необходим один укол иглой. Эта процедура может быть связана с некоторым дискомфортом, включая возможное проявление кровоподтека на месте укола.

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

Я проинформирован, что:

- Тестирование на ВИЧ можно пройти в Центре СПИД и других медицинских учреждениях, тестирование по добровольному выбору освидетельствуемого лица может быть добровольным анонимным (когда не нужно сообщать свое имя и персональные данные, а результат только обследуемый может узнать по коду) или конфиденциальным (в этом случае тестирование проводится по документу, удостоверяющему личность, и результат будет известен обследуемому и лечащему врачу). В государственных медицинских учреждениях тестирование на ВИЧ проводится бесплатно.

- Присутствие антител к ВИЧ является доказательством наличия ВИЧ-инфекции. Но существует период "серонегативного окна" (промежуток времени между заражением ВИЧ и появлением антител к ВИЧ, наличие которых можно определить лабораторным способом). В течение этого периода человек уже заражен и может заразить других, но при исследовании крови антитела к ВИЧ не обнаруживаются, этот период обычно составляет 3 месяца.

- В настоящее время в России существует бесплатное лечение для всех нуждающихся инфицированных ВИЧ, для его получения нужно обратиться в территориальный центр СПИД. Лечение существенно продляет жизнь и улучшает качество жизни при ВИЧ-инфекции. ВИЧ-инфицированным беременным женщинам важно вовремя обратиться в центр СПИД и начать принимать специальные лекарства для предотвращения заражения будущего ребенка.

- ВИЧ-инфекция передается только тремя путями:

при сексуальных контактах без презерватива;

через кровь, при медицинских или немедицинских процедурах. Чаще всего заражение этим путем происходит при использовании нестерильного инструментария для употребления наркотиков;

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

Заражение ВИЧ в быту при рукопожатиях, пользовании общей посудой, бассейном, туалетом, а также при укусах насекомых не происходит.

- Защитить себя от заражения ВИЧ-инфекцией можно, если не иметь опасных контактов (контакты с кровью или выделениями половых органов, грудным молоком) с инфицированными ВИЧ людьми или людьми с неизвестным ВИЧ-статусом. В течение жизни, в зависимости от личных обстоятельств и убеждений, для того, чтобы избежать заражения СПИДом, человек может использовать разные способы предохранения. Например, всегда пользоваться презервативами или иметь только неинфицированных ВИЧ сексуальных партнеров. Избежать заражения через кровь при нарушении целостности кожных покровов можно, используя только стерильные инструменты.

- Результаты тестирования на ВИЧ по телефону не сообщаются. Их сообщает консультант при послетестовом консультировании.

- С вопросами можно обратиться в территориальный центр СПИД.

_____ _____

Подпись обследуемого на ВИЧ Дата

Приложение№14

УТВЕРЖДЕНО
приказом ГБУЗ РК «РКБ им.Н.А.Семашко»
от 25.09.22 № 164

Информированное согласие на проведение химиопрофилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку во время беременности, родов и новорожденному (утв. приказом Минздрава РФ от 19 декабря 2003 г. N 606)

Я _____,
(фамилия, имя, отчество полностью)

_____ года рождения, настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на прием лекарственных препаратов, направленных на предотвращение заражения моего будущего ребенка вирусом иммунодефицита человека.

Я подтверждаю, что мне разъяснено, почему проведение данной профилактики необходимо, разъяснено действие назначаемых мне и моему будущему ребенку препаратов, что я получила информационный листок для больного и ознакомилась с ним.

Я проинформирована, что:

- по состоянию моего здоровья лечение по поводу ВИЧ-инфекции мне в настоящее время не нужно, и назначаемые мне препараты необходимы исключительно для предотвращения заражения моего будущего ребенка вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) во время беременности и родов;
- назначенные мне препараты должны подавлять размножение вируса в моем организме и предотвратить их проникновение в организм моего будущего ребенка;
- чем лучше я буду соблюдать режим приема препаратов, тем меньше вероятность, что мой будущий ребенок будет заражен;
- тем не менее даже при абсолютном соблюдении мною всех правил приема препаратов полной гарантии предотвращения заражения моего будущего ребенка нет. Риск, что он родится зараженным, составляет около 8%. Однако, если назначенная мне химиопрофилактика не будет проводиться или будет проводиться мною с нарушениями, этот риск возрастает до 30%;
- все назначаемые мне и моему будущему ребенку лекарственные препараты разрешены к применению в России;
- как и любое лекарственное средство, назначенные мне и моему будущему ребенку препараты могут вызывать некоторые побочные реакции, о возможном появлении которых я информирована;
- если вследствие проведения химиопрофилактики возникнет угроза моему здоровью, я буду проинформирована об этом для принятия мною решения о целесообразности дальнейшего ее проведения;
- если вследствие проведения химиопрофилактики возникнет угроза моей жизни или жизни моего будущего ребенка, химиопрофилактика может быть прекращена по решению лечащего врача. В этом случае мне должны быть разъяснены причины этого решения;
- назначенная мне химиопрофилактика может в любой момент быть прекращена по моему желанию;
- после родов я не должна прикладывать моего ребенка к груди и/или кормить его моим грудным молоком, так как это повысит риск его заражения.

Я обязуюсь:

- проходить медицинское обследование для контроля за действием назначенных мне препаратов по установленному графику, заполнять предусмотренные для этого анкеты, сдавать на анализы кровь;
- принимать назначенные мне лекарственные препараты строго в соответствии с предписанием лечащего врача;
- сообщать лечащему врачу о всех нарушениях в приеме назначенных мне препаратов или прекращении их приема по каким-либо причинам;
- сообщать лечащему врачу о всех изменениях в состоянии моего здоровья и делать это незамедлительно (в течение суток), если я считаю, что эти изменения связаны с приемом назначенных мне препаратов;
- не принимать, не посоветовавшись с лечащим врачом, назначившим мне химиопрофилактику, какие-либо другие лекарственные препараты (даже если они назначаются другим врачом). Если же прием этих лекарств неизбежен (например, в неотложных или экстренных случаях), обязательно сообщать об этом лечащему врачу.

Подпись пациентки _____ **Дата** _____

Врач _____ _____ **Дата** _____
(Ф.И.О., разборчиво) (подпись)

Приложение№15

УТВЕРЖДЕНО
приказом ГБУЗ РК «РКБ им.Н.А.Семашко»
от 25.02.22 № 161

ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко»
Информированное добровольное согласие на интратекальное введение, посредством люмбальной пункции препарата нусинерсен («Спинраза») для лечения спинальной мышечной атрофии

Я, _____
(фамилия, имя, отчество - полностью)

_____ проживающий по адресу: _____
(день, месяц, год рождения)

_____

находясь на лечении в отделении _____
(название отделения)
_____ГБУЗ РК «РКБ им.Н.А.Семашко».

Добровольно даю своё согласие на интратекальное введение, посредством люмбальной пункции, препарата нусинерсен («Спинраза»).

- Я поставил(а) врача в известность обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических реакциях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных и хронических заболеваниях, о принимаемых лекарственных препаратах;
- Мне разъяснены все особенности применения препарата: путь введения, кратность и длительность применения;
- Я ознакомлен(а) с риском возникновения осложнений и нежелательных последствиях от интратекального введения, посредством люмбальной пункции, препарата нусинерсен («Спинраза»), которые включают в себя: постпункционный синдром (головная боль, рвота боль в спине), непосредственную травму при люмбальной пункции (повреждение нервных корешков, травмирование межпозвоночного диска и образование грыжи диска, инфекционные осложнения), возможны развитие тромбоцитопении, нефротоксичного синдрома, нарушения свертываемости крови;
- Мне была представлена возможность задать дополнительные вопросы о степени риска и пользы применения препарата нусинерсен («Спинраза») и врач дал полные мне исчерпывающие ответы;
- Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю своё согласие на выполнение интратекального введения, посредством люмбальной пункции препарата нусинерсен («Спинраза»);
- Мною, врачом _____
(ФИО, должность)

разъяснены пациенту _____
(ФИО)

разъяснены все положения настоящего документа.

Подпись пациента _____

Я подтверждаю, что гражданин(ка) расписался(ась) в моём присутствии

Врач _____
(ФИО) (подпись)

Приложение№16

УТВЕРЖДЕНО
приказом ГБУЗ РК «РКБ им.Н.А.Семашко»
от 28.02.22 № 16р

Информированное добровольное согласие пациента на проведение химиотерапии

Я_____
(фамилия, имя, отчество - полностью)
_____ года рождения, проживающий (ая) по адресу:_____
_____
_____

1.
Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я, _____паспорт: _____, выдан: _____ являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____
Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения

находясь на лечении в отделении
_____
(название отделения)
с диагнозом
_____

Добровольно даю свое согласие на проведении мне химиотерапевтического лечения
_____
(торговое наименование лекарственного препарата)
_____
_____
_____
_____
_____
_____
и прошу выбранного мною врача и персонал медицинского учреждения о его проведении.

Я понимаю, что проведение химиотерапевтического лечения представляет введение лекарственных препаратов внутрь, подкожно, внутривенно, внутримышечно. Многие из медикаментов обладают токсическими эффектами (побочными действиями). В связи с этим, всегда существует вероятность (от 1 до 5 % случаев) возникновения тяжелых осложнений (анафилактический шок).

Мне разъяснено, что наиболее часто встречающиеся побочные эффекты: общая слабость, повышение температуры тела, потеря аппетита, снижение числа лейкоцитов, тошнота, рвота, стоматит, диарея, боли в животе и др. Кроме того, по решению врача может назначаться дополнительная сопроводительная терапия, которая направлена на устранение или снижение побочных эффектов, отказ от которой, может привести к резкому ухудшению моего самочувствия. Назначение схемы лечения и контроль за её проведением проводится врачом-онкологом после консультации со смежными специалистами и получения необходимых лабораторных и инструментальных заключений.

Мне предоставлена следующая информация: планирование лечения, дозировка препаратов и продолжительность лечения устанавливаются в соответствии со стандартами и клиническими рекомендациями, с учетом параметров тела пациента (площадь поверхности тела производная от роста и веса), с учетом прочих заболеваний пациента. Курс лечения может меняться в зависимости от реакции организма на лечение.

Химиотерапия связана с наличием побочных эффектов и с осложнениями в различных органах и системах, которые могут быть серьезными и/или необратимыми.

Серьезность побочных эффектов и их характер отличаются при различных видах химиотерапии и не все приведенные далее побочные эффекты могут обязательно иметь место в результате конкретного ,предписанного Вам лечения.

ОСНОВНЫЕ ВОЗМОЖНЫЕ ТОКСИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ ХИМИОТЕРАПИИ И ПОСЛЕ НЕЁ:

1.угнетение кроветворения – лейкопения, нейтропения (снижение числа лейкоцитов и нейтрофилов), тромбоцитопения (снижение числа тромбоцитов), анемия (снижение гемоглобина, эритроцитов), что может привести к присоединению инфекции, слабости, недомоганию в связи с малокровием;

2.со стороны желудочно-кишечного тракта – снижение аппетита, тошнота ,рвота (наиболее частые побочные явления, которые можно предотвратить противорвотными препаратами), жидкий стул, нарушение глотания при воспалении слизистых оболочек ротовой полости, нарушение вкуса, изменение некоторых лабораторных показателей в связи с негативным воздействием химиопрепаратов на печень, почки;

3.воспаление влагалища и шейки матки (появление выделений, зуда, дискомфорта),кровянистых выделений из матки;

4.аллергические проявления в виде кожной сыпи, зуда кожи, повышения температуры тела, а также в редких случаях возможно развитие анафилактического шока;

5.со стороны сердечно-сосудистой системы возможны тромбозы, отеки, повышение и понижение артериального давления, аритмии, боль в груди, учащенное сердцебиение , развитие кардиомиопатии;

6.со стороны центральной и периферической нервной системы в виде головной боли, головокружения, снижения настроения, бессонницы , сонливости, нарушения ориентации, слабости, депрессии, нарушения чувствительности, онемения пальцев рук и ног и повышенной чувствительности к холоду;

7.глазные симптомы- воспаления слизистой оболочки глаза (конъюктивит/кератит);

8.со стороны органов дыхания в виде легочного фиброза (частичного замещения легочной ткани фиброзной), пульмонита (воспаление легочной ткани);

9.со стороны кожи в виде частичного или полного облысения (потеря волос на голове, бровей, иногда - ресниц), пигментация, сухость кожи, экстравазация (непредусмотренное попадание химиопрепарата под кожу при внутривенном введении) вплоть до частичного и полного омертвения участка кожи и клетчатки (некроз), изменения ногтей , сыпь и зуд, воспаление вены по ходу введения препарата (асептические химические флебиты);

10.общие симптомы – прибавка в весе, потеря веса, боль в мышцах, суставах, костях; разрушение эмали зубов;

11.со стороны половой системы в виде нарушения менструального цикла вплоть до полного прекращения менструации (аменорея), «приплывов»; нарушение половой функции у мужчин, вторичное бесплодие у пациентов обоих полов;

ПОЗДНИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ встречаются нечасто, развиваются в течение периода от года и нескольких лет после химиотерапии. Наиболее серьезными из них являются:

1.тератогенный эффект – развитие врожденных аномалий у плода, если мать получала химиопрепараты во время беременности или вскоре после нее, отец получал химиопрепараты во время зачатия или зачатие произошло вскоре после химиотерапии, поэтому необходима надежная контрацепция (предупреждение беременности) на весь период химиотерапии и в течении 3-5 лет после нее;

2.развитие остеопороза и повышенной склонности к ломкости костей;

Во время проведения химиотерапии назначается сопутствующая терапия, облегчающая переносимость курса лечения, корректирующая наиболее серьезные токсические эффекты лечения и тягостные симптомы основного заболевания.

- Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях и 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.

- Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе химиотерапевтического лечения и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы.

- Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам:

_____(в случае не согласия поставить прочерк)

(ФИО)

_____(в случае несогласия поставить прочерк)

(ФИО)

-Я обязуюсь исполнять все назначения и рекомендации врача, которые будут отображены в соответствующей медицинской документации и признаю свою ответственность за результаты лечения в случае отклонений с моей стороны от предписаний лечащего врача.

- Я обязуюсь сообщать незамедлительно о возникновении побочных эффектов, возникающих от проводимого лечения;

-Я обязуюсь следовать рекомендациям врача после выписки из стационара.

- Я уведомлен (уведомлена) о том, что в любое время могу в письменном виде отказаться от лечения.

- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на химиотерапию. Подтверждаю, что до принятия мною решения о химиотерапевтическом лечении со мной провел беседу выбранный мною врач.

"__" _____ 20__ года.

_____

Подпись пациента/законного представителя

Беседа проведена, пациент/законный представитель расписался в моем присутствии:
Врач _____(подпись)

_____

(Должность, И.О. Фамилия)

"__" _____20__ года

2. Консилиум врачей в составе:

Должность,	Ф.И.О.	и	подпись
Должность,	Ф.И.О.	и	подпись
Должность,	Ф.И.О.	и	подпись

"__" _____20__ года

Этот раздел бланка заполняется:

- При отсутствии законных представителей решение о необходимости лечения принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время - ответственного дежурного врача и законных представителей.

- В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время - ответственного дежурного врача.

Приложение№17

УТВЕРЖДЕНО
приказом ГБУЗ РК «РКБ им.Н.А.Семашко»
от 25.02.22 № 76 р

Информированное добровольное согласие
на проведение искусственного прерывания беременности по желанию женщины

Я,_____ ,
(ФИО пациентки)
_____ года рождения в соответствии со статьями 20 и 56 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» настоящим подтверждаю свое согласие на проведение мне искусственного прерывания беременности (нужное подчеркнуть):
- медикаментозным методом;
- путем хирургической операции с разрушением и удалением плодного яйца (эмбриона человека), которая проводится под обезболиванием.

1. Перед направлением на искусственное прерывание беременности мне предоставлено время для обдумывания и принятия окончательного решения в течение (нужное подчеркнуть):
- 48 часов;
- 7дней.
В течение указанного периода:
- я проинформирована о сроке моей беременности, об отсутствии у меня медицинских противопоказаний к вынашиванию данной беременности и рождению ребенка;
- мне **проведено/не проведено** (нужное подчеркнуть) ультразвуковое исследование (далее - УЗИ) органов малого таза, в процессе которого продемонстрировано изображение эмбриона и его сердцебиение (при наличии сердцебиения): «__» _____ 20___ г. (указать дату проведения согласно отметке в медицинской документации или дату отказа от медицинского вмешательства, оформленного в установленном порядке);
- я проконсультирована психологом (медицинским психологом, специалистом по социальной работе) по вопросам психологической и социальной поддержки.
2. Я проинформирована врачом-акушером-гинекологом:_____
(ФИО врача)
- о том, что имею право не делать искусственное прерывание беременности и не прерывать беременность;
- о том, что при условии строжайшего соблюдения правил проведения искусственного прерывания беременности могут возникнуть следующие осложнения:

- после проведения искусственного прерывания беременности, в том числе в качестве отдаленных последствий:
- бесплодие;
- хронические воспалительные процессы матки и (или) придатков матки; нарушение функции яичников; тазовые боли; внематочная беременность; невынашивание беременности; различные осложнения при вынашивании последующей беременности и в родах - преждевременные роды, различные осложнения родовой деятельности, кровотечение в родах и (или) послеродовом периоде; психические расстройства; опухолевые процессы матки;
- скопление крови в полости матки; остатки плодного яйца в полости матки, острый и (или) подострый воспалительный процесс матки и (или) придатков матки, вплоть до перитонита, что потребует повторного оперативного вмешательства, не исключая удаления придатков матки и матки.

Во время проведения искусственного прерывания беременности:

- осложнения анестезиологического пособия;
- травма и прободение матки с возможным ранением внутренних органов и кровеносных сосудов;
- кровотечение, что может потребовать расширения объема операции вплоть до чревосечения и удаления матки, хирургического вмешательства на внутренних органах.

3. Мне даны разъяснения врачом-акушером-гинекологом о:

- механизме действия назначаемых мне перед проведением и во время проведения искусственного прерывания беременности лекарственных препаратов для медицинского применения и возможных осложнениях при их применении;
- основных этапах обезболивания;
- необходимости прохождения медицинского обследования для контроля за состоянием моего здоровья после проведения искусственного прерывания беременности;
- необходимости приема лекарственных препаратов для медицинского применения в соответствии с назначениями лечащего врача;
- режиме поведения, в том числе половой жизни, гигиенических мероприятиях после проведения искусственного прерывания беременности и возможных последствиях в случае несоблюдения рекомендаций;
- методах предупреждения нежелательной беременности;
- сроках контрольного осмотра врачом-акушером-гинекологом.

4. Я имела возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получила исчерпывающие ответы. Мне разъяснены возможность не прибегать к искусственному прерыванию беременности и предпочтительность сохранения и вынашивания беременности и рождения ребенка.

5. Получив полную информацию о возможных последствиях и осложнениях в связи с проведением искусственного прерывания беременности, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление и я осознанно принимаю решение о проведении мне искусственного прерывания беременности.

Пациент _____

(фамилия, имя, отчество, подпись)

Дата «___» _____ 20___ г.

6. Я свидетельствую, что разъяснил пациентке суть, ход выполнения, негативные последствия проведения искусственного прерывания беременности, возможность не прибегать к нему и предпочтительность вынашивания беременности и рождения ребенка, дал ответы на все вопросы.

7. Подтверждаю, что рекомендовал пациентке проведение УЗИ органов малого таза для демонстрации изображения эмбриона и его сердцебиения (при наличии сердцебиения).

Врач-акушер-гинеколог_____ _____

(имя, отчество, фамилия, подпись)

Дата «___» _____ 20___ г.

Приложение№18

УТВЕРЖДЕНО
приказом ГБУЗ РК «РКБ им.Н.А.Семашко»
от 25.02.22 №161

Информированное добровольное согласие (или отказ) на сохранение беременности с пренатально установленными аномалиями развития у плода

Я, _____
Фамилия Имя Отчество (при наличии) гражданки либо законного представителя
дата рождения _____,
зарегистрированная по адресу: _____
адрес регистрации гражданки либо законного представителя
проживающая по адресу: _____
указывается в случае проживания не по месту регистрации
в отношении _____
Фамилия, Имя Отчество (при наличии) пациента (при подписании согласия законным представителем)
дата рождения пациента_____
(при подписании законным представителем)
проживающей по адресу: _____
в случае проживания не по месту жительства законного представителя
даю согласие на оказание медицинской помощи в структурном подразделении Перинатального центра ГБУЗ РК «РКБ им.Н.А.Семашко».

Руководствуясь информацией, предоставленной мне на заседании пренатального консилиума об установленном пренатальном диагнозе у моего будущего ребенка, принимаю решение о **досрочном прекращении/ сохранении** (подчеркнуть нужное) беременности. Мне в понятной и доступной форме разъяснены установленные (или потенциальные) причины, механизмы и сроки формирования обнаруженных нарушений развития, прогноз для жизни, здоровья и интеллектуального развития ребенка.

Удостоверяю, что текст моего информированного добровольного **согласия/отказа** (подчеркнуть нужное) мною прочитан, назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и удовлетворяют меня в полной мере.

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. №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)

Пациентка (законный представитель):
Подпись_____ Фамилия Имя Отчество_____
Врач – акушер-гинеколог:
Подпись_____ Фамилия Имя Отчество_____
«___»_____ _____ г.

Приложение№19

УТВЕРЖДЕНО
приказом ГБУЗ РК «РКБ им.Н.А.Семашко»
от 25.02.24 № 161

Информированное добровольное согласие на выполнение операции элиминации плода

Я, _____
(Фамилия Имя Отчество (при наличии) гражданки либо законного представителя)

_____
_____дата рождения,
зарегистрированная по адресу: _____
_____
адрес регистрации гражданки либо законного представителя
проживающая по адресу: _____
_____
указывается в случае проживания не по месту регистрации
в отношении _____
(Фамилия, Имя Отчество (при наличии) пациента (при подписании согласия законным представителем)
_____ дата рождения пациента
(при подписании законным представителем)
проживающей по адресу: _____
в случае проживания не по месту жительства законного представителя
даю согласие на оказание медицинской помощи в структурном подразделении Перинатального центра ГБУЗ РК «РКБ им.Н.А.Семашко».
Мне разъяснены состояние моего здоровья, особенности развития моего плода в соответствии с диагнозом.
Диагноз _____
_____.
Я информирована, что в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России №736 от 03.12.2007, учитывая наличие у плода заболевания с крайне неблагоприятным прогнозом для жизни и здоровья после рождения, невозможностью постнатальной коррекции выявленного состояния я имею право на прерывание данной беременности по медицинским показаниям.
Я настаиваю на прерывании беременности по медицинским показаниям со стороны плода.
Я информирована, что в соответствии с приказом Минздрава России от 20.10.2020 №1130н при проведении прерывания беременности мне необходимо медицинское вмешательство в виде выполнения операции элиминации плода.
Настоящим я доверяю врачу – акушеру-гинекологу _____
Фамилия Имя Отчество
и его коллегам выполнить предложенную мне операцию элиминации плода.
Мне разъяснен порядок проведения операции элиминации плода. Я информирована, что это инвазивное вмешательство, а именно: пунктирование вены пуповины плода под ультразвуковым контролем через переднюю брюшную стенку с целью введения лекарственного средства, которое останавливает сердечную деятельность плода.
Мне разъяснено, что выполнение вышеуказанного инвазивного вмешательства может увеличить риск инфекционных осложнений, тромбоэмболических осложнений, сочетаться с такими осложнениями как: кровотечение, аллергическая реакция на вводимый препарат, манифестацией острых и обострением хронических

заболеваний, которые могут потребовать дополнительного лечения и удлинения сроков пребывания в медицинской организации.

Мне также разъяснено, что если в ходе выполнения указанной операции или в послеоперационном периоде возникает необходимость другого медицинского вмешательства, исследования или операции, я даю свое согласие врачу и его коллегам принять соответствующее решение в соответствии с их профессиональным суждением (квалификацией) и медицинской информацией и выполнить те медицинские мероприятия, которые врач сочтет необходимым для улучшения моего здоровья.

Содержание настоящего документа мною прочитано, дополнительно разъяснено мне врачом, оно полностью мне понятно.

На предложенную мне операцию элиминации плода **согласна**. О степени операционного риски и возможных осложнениях предупреждена.

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. №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)

Пациентка (законный представитель):

Подпись_____ Фамилия Имя Отчество_____

Врач – акушер-гинеколог:

Подпись_____ Фамилия Имя Отчество_____

«___»_____ _____ г.

Приложение№20

УТВЕРЖДЕНО
приказом ГБУЗ РК «РКБ им.Н.А.Семашко»
от 25.02.22 № 161

Информированное добровольное согласие на ведение родов, осложнившихся дородовым излитием околоплодных вод при сроке беременности до 37 недель

Я,_____
Фамилия Имя Отчество (при наличии) гражданки либо законного представителя
_____ дата рождения, зарегистрированная по адресу: _____
адрес регистрации гражданки либо законного представителя
проживающая по адресу: _____
указывается в случае проживания не по месту регистрации
в отношении _____
Фамилия, Имя Отчество (при наличии) пациента (при подписании согласия законным представителем)
_____ дата рождения пациента
(при подписании законным представителем)
проживающей по адресу: _____
в случае проживания не по месту жительства законного представителя
даю согласие на оказание медицинской помощи в структурном подразделении Перинатального центра ГБУЗ РК «РКБ им.Н.А.Семашко».

Я ознакомлена с тем, что специалисты медицинской организации при необходимости окажут мне квалифицированную медицинскую помощь. Методы диагностики и лечения будут выполнены в соответствии со стандартами акушерско-гинекологической помощи и клиническими рекомендациями.

Мне разъяснено, что дородовое излитие околоплодных вод при недоношенной беременности осложняет течение беременности в 2-6% случаев, связано с 40% преждевременных родов и, как следствие, является причиной значительной части заболеваемости новорожденных, иногда – смертности. Основные причины смертности новорожденных в раннем неонатальном периоде связаны с дородовым излитием околоплодных вод при недоношенной беременности: недоношенность, сепсис (внутриутробное инфицирование) и гипоплазия легких новорожденного. Риск для матери связан в первую очередь с хорионамнионитом – воспалением плодных оболочек (стойкое повышение температуры тела выше 37,5°С при трехкратной термометрии, изменения в общем анализе крови, озноб).

Основными методами ведения родов при дородовом излитии вод являются:

- консервативная (выжидательная) тактика,
- активная тактика и оперативное родоразрешение.

Показания к оперативному родоразрешению определяются врачом – акушером-гинекологом, ведущим роды.

При наличии условий для родоразрешения через естественные родовые пути мне будет предоставлено право выбора тактики ведения родов.

Выжидательная тактика при дородовом излитии околоплодных вод до 37 недель беременности заключается в следующем:

- не проводятся бимануальные влагалищные исследования до развития регулярной родовой деятельности, все осмотры до развития родовой деятельности проводятся в зеркалах;
- назначается антибактериальная профилактика сразу после постановки диагноза дородового излития околоплодных вод и продолжается до рождения ребенка;
- при необходимости для профилактики респираторного дисстресс-синдрома у ребенка, проводится его профилактика кортикостероидами;
- осуществляется постоянный контроль состояния плода, роженицы;
- проводится наблюдение за развитием родовой деятельности.

Риск выжидательной тактики заключается в развитии инфекции.

Преимущества выжидательной тактики:

- укоряет созревание легких плода;
- выигрывается время для реализации эффекта лекарственной терапии кортикостероидами, направленной на созревание легких плода;
- плод растет (имеют значение каждые 2-3 дня);
- возможно развитие спонтанной родовой деятельности.

Продолжительность выжидательной тактики зависит от гестационного срока (в 22-31 неделю имеет значение каждая неделя, в 32-34 недели – каждые 2-3 дня), состояния плода, наличия инфекции.

Активная тактика при дородовом излитии околоплодных вод до 37 недель беременности заключается в проведении лечебных мероприятий, направленных на развитие родовой деятельности. Лечебные мероприятия включают в себя подготовку шейки матки путем введения во влагалище гелей с простагландинами, родовозбуждение медикаментозными средствами при наличии условий. Родовозбуждение проводится на фоне обезболивания – эпидуральной анестезии, на которую женщина дает дополнительное добровольное информированное согласие или отказ.

Риск активной тактики:

- Родовозбуждение:
  - гиперстимуляция матки – нарушение родовой деятельности;
  - повышение риска страдания плода;
  - увеличение частоты кесарева сечения;
  - боль, дискомфорт.
- Недоношенность:
  - респираторный дисстресс-синдром у ребенка (незрелость легких плода);
  - увеличение риска развития внутричерепного кровотечения у ребенка;
  - увеличение риска развития некротизирующего энтероколита у ребенка;
- Развитие септических осложнений матери.

Преимущества активной тактики: снижение риска инфекционных осложнений.

Я подтверждаю, что сообщила врачу всю связанную с моим здоровьем, физическим и психическим состоянием информацию.

Я имела достаточно времени для принятия решения о согласии / отказе на предложенные мне тактики ведения родов при дородовом излитии околоплодных вод и сроке беременности до 37 недель.

Я подтверждаю, что прочитала и поняла все вышеизложенное, имела возможность обсудить с врачом – акушером-гинекологом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с активной или консервативной тактикой ведения родов, осложнившихся дородовым излитием околоплодных вод при сроке беременности до 37 недель. На все заданные вопросы я получила удовлетворившие меня ответы, и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Я добровольно даю свое согласие на _____

_____

указать тактику ведения родов

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. №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)

Пациентка (законный представитель) _____ Подпись

Врач-акушер-гинеколог _____Подпись

«___»_____ _____ г.

Приложение№21

УТВЕРЖДЕНО
приказом ГБУЗ РК «РКБ им.Н.А.Семашко»
от 25.02.22 № 16-р

Информированное добровольное согласие на активное или физиологическое ведение третьего периода родов

Я, _____
Фамилия Имя Отчество (при наличии) гражданки либо законного представителя
дата рождения _____, зарегистрированная по адресу: _____
_____
адрес регистрации гражданки либо законного представителя
проживающая по адресу: _____
указывается в случае проживания не по месту регистрации
в отношении _____
Фамилия, Имя Отчество (при наличии) пациента (при подписании согласия законным представителем)
дата рождения пациента_____
(при подписании законным представителем)
проживающей по адресу: _____
в случае проживания не по месту жительства законного представителя
даю согласие на оказание медицинской помощи в структурном подразделении Перинатального центра ГБУЗ РК «РКБ им.Н.А.Семашко».

Я ознакомлена с тем, что специалисты медицинской организации при необходимости окажут мне квалифицированную медицинскую помощь. Методы диагностики и лечения будут выполнены в соответствии со стандартами акушерско-гинекологической помощи и клиническими рекомендациями.

Мне разъяснено, что процесс родов не заканчивается рождением ребёнка. Существует третий период родов, так называемый последовый, во время которого предстоит родить послед. Существует два способа ведения этого периода – физиологический и активный. При физиологическом ведении лекарственные средства, сокращающие матку, не используются. Послед рождается при сокращении матки. Акушерка может попросить потужиться для рождения последа. Отрицательными моментами такого ведения может быть удлинение третьего периода родов и увеличение риска послеродового кровотечения.

При активном ведении третьего периода родов после рождения ребёнка, в течение первой минуты, мне будет сделана внутримышечная инъекция окситоцина – препарата, сокращающего матку. Через несколько минут после введения окситоцина произойдет отделение последа от стенок матки и акушерка поможет последу родиться путем аккуратного, легкого потягивания за пуповину. Помощи женщины при этом не требуется. Такое активное ведение послеродового периода, как правило, позволяет уменьшить кровопотерю и возможность послеродового кровотечения. Риск возникновения кровотечения уменьшается на 60%.

Сокращающие матку средства могут повысить артериальное давление и вызвать небольшую тошноту и рвоту, болезненность в месте инъекции и болезненные сокращения матки. Мне сообщено, что при появлении любого дискомфорта необходимо сообщить об этом медицинскому персоналу.

Я подтверждаю, что сообщила врачу всю связанную с моим (представляемого) здоровьем, физическим и психическим состоянием информацию.

Я имела достаточно времени для принятия решения о согласии / отказе на предложенное мне ведение 3-го периода родов.

Я подтверждаю, что прочитала и поняла все вышеизложенное, имела возможность обсудить с врачом акушером – гинекологом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с активным или физиологическим ведением третьего периода родов. На все заданные вопросы я получила удовлетворившие меня ответы, и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 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), в том числе после смерти:_____

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

_____

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

Я добровольно своё **согласие** / **отказ** на _____ метод ведения 3-го периода родов.

Пациентка (законный представитель):

Подпись_____Фамилия Имя Отчество_____

Врач – акушер-гинеколог:

Подпись_____Фамилия Имя Отчество_____

«___»_____ ____ г.

При отсутствии возможности пациенту / законному представителю поставить подпись лично

В виду объективных причин _____

описать

пациент / законный представитель может изъявить свою волю, но не может поставить подпись лично. Данный документ заполнен врачом – акушером-гинекологом _____

Фамилия И.О.

на основании ответов пациента / законного представителя.

Содержание информированного согласия пациенту / законному представителю зачитано, необходимые разъяснения проведены.

Получено устное согласие на проведение вышеуказанных медицинских вмешательств.

«___»_____ ____ г. Время: __ час. __ мин.

При невозможности получить согласие пациента и отсутствии законных представителей

Пациенту необходимо проведение медицинского вмешательства по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни пациента, однако в настоящий момент отсутствует возможность получить согласие пациента (законного представителя) ввиду тяжести его состояния и/или угнетения / изменения сознания (нужное подчеркнуть).

Кроме того, в настоящий момент отсутствует законный представитель пациента или возможность связаться с ним (нужное подчеркнуть).

Руководствуясь п. 1 ч. 10 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», консилиум (лечащий / дежурный врач) принимает решение о разрешении вышеуказанных медицинских вмешательств.

«___»_____ ____ г. Время: __ час. __ мин.

Врач – акушер-гинеколог:

Подпись_____Фамилия Имя Отчество_____

Врач – акушер-гинеколог:

Подпись_____ Фамилия Имя Отчество_____

Приложение№22

УТВЕРЖДЕНО
приказом ГБУЗ РК «РКБ им.Н.А.Семашко»
от 28.02.2022 № 161

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство по поводу цервикального серкляжа

Я, _____
Фамилия Имя Отчество (при наличии) гражданки либо законного представителя
_____ дата рождения, зарегистрированная по адресу:
_____
адрес регистрации гражданки либо законного представителя
проживающая по адресу: _____
_____
указывается в случае проживания не по месту регистрации
в отношении _____
Фамилия, Имя Отчество (при наличии) пациента (при подписании согласия законным представителем)
_____ дата рождения пациента
(при подписании законным представителем)
проживающей по адресу: _____
_____
в случае проживания не по месту жительства законного представителя
даю согласие на оказание медицинской помощи в структурном подразделении Перинатального центра ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А.Семашко».
Я даю информированное добровольное согласие на проведение операции «Цервикальный серкляж».
Врачом – акушером-гинекологом _____
Фамилия Имя Отчество
мне разъяснены и понятны суть моего заболевания и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания. Я понимаю необходимость проведения указанного медицинского вмешательства.
Мне полностью ясно, что во время указанной манипуляции (процедуры) или после нее могут развиться осложнения: непредвиденная реакция организма на проводимый наркоз; травматизация тканей половых путей с кровотечением; перфорация оболочек плодного пузыря с излитием околоплодных вод, что приведет к преждевременному прерыванию беременности. После наложения шва на шейку матки в дальнейшем возможна несостоятельность швов на шейке матке, что может потребовать дополнительных вмешательств (лечения).
Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на операцию мною прочитан, мне понятен смысл данного документа, полученные разъяснения мне понятны и меня удовлетворяют.
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. №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)

Пациентка (законный представитель):
Подпись_____ Фамилия Имя Отчество_____

Врач – акушер-гинеколог:
Подпись_____ Фамилия Имя Отчество_____
«___»_____ _____ г.

Приложение№23

УТВЕРЖДЕНО
приказом ГБУЗ РК «РКБ им.Н.А.Семашко»
от 25.02.22 № 161

Информированное добровольное согласие на выполнение индукции родов

Я, _____
Фамилия Имя Отчество (при наличии) гражданки либо законного представителя
дата рождения _____, зарегистрированная по адресу: _____
адрес регистрации гражданки либо законного представителя
_____
проживающая по адресу: _____
указывается в случае проживания не по месту регистрации
в отношении _____
Фамилия, Имя Отчество (при наличии) пациента (при подписании согласия законным представителем)
дата рождения пациента_____
(при подписании законным представителем)
проживающей по адресу: _____
в случае проживания не по месту жительства законного представителя
даю согласие на оказание медицинской помощи в структурном подразделении Перинатального цента ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко».

Я ознакомлена с тем, что специалисты медицинской организации при необходимости окажут мне квалифицированную медицинскую помощь. Методы диагностики и лечения будут выполнены в соответствии со стандартами объемов акушерско-гинекологической помощи и клиническими рекомендациями.

Я полностью проинформирована о способе индукции родов и необходимости его выполнения.

Я знаю, что исход родов для меня и моего ребенка зависит не только от качества медицинской помощи, но и от состояния моего здоровья, течения беременности и хода родов.

Я знаю, что подготовка шейки матки к родам может осуществляться как медикаментозным, так и механическим методами, и предупреждена о возможных побочных эффектах проводимой терапии (например, чувство дискомфорта внизу живота, слабость, головная боль, головокружение, тошнота, рвота, диарея (жидкий стул), гипертермия (повышение температуры тела), но все эти эффекты временные.

Мне разъяснено, что во время индукции родов возможны различные осложнения, а именно:

- преждевременное излитие околоплодных вод и длительный безводный период, повышающий риск инфицирования плода и матери;
- гипоксия плода и/или асфиксия новорожденного;
- кровотечение в родах и послеродовом периоде от различных акушерских причин;
- неэффективность индукции родов.

Мне известно, что вышеперечисленные осложнения, возможно, потребуют оперативного родоразрешения.

Я согласна приступить к подготовке к родам и родовозбуждению с использованием препаратов, действующей основой которых является Мифепристон, Динопростон, окситоцин и, при необходимости, с использованием механического расширения шейки матки дилатационным катетером или гигроскопическими расширителями с последующим проведением амниотомии.

Я знаю, что в 12-15% случаев подготовка шейки матки и родовозбуждение может быть неэффективным и в этой ситуации для завершения беременности может быть предложена операция – кесарево сечение.

Я поняла, что подготовка шейки матки включает:
- прием 2-х таблеток Мифепристона, по одной таблетке с интервалом в 24 часа (при целом плодном пузыре) или с интервалом 6 часов (при излившихся околоплодных водах)
- и/или введение в шейку матки или влагалище геля, содержащего Динопростон (до трех раз с интервалом 6 часов, 12 часов)
- и/или введение дилатационного катетера или гигроскопических расширителей (Дилапан-S) в шейку матки на 12 часов с последующим вскрытием плодного пузыря и/или внутривенном капельным введением окситоцина
- или введением системы вагинальной терапевтической с Динопростоном (до 24 часов).

Я предупреждена, что мероприятия по подготовке к родам и родовозбуждению будут сопровождаться клиническим и мониторным (осмотр врачом, кардиотокография, ультразвуковое исследование (по решению врача-акушер-гинеколога), доплерометрия) контролем.

Я подтверждаю, что сообщила врачу всю связанную с моим здоровьем, физическим и психическим состоянием информацию.

Я имела достаточно времени для принятия решения о согласии / отказе на предложенное мне выполнение индукции родов.

Я подтверждаю, что прочитала и поняла все вышеизложенное, имела возможность обсудить с врачом – акушером-гинекологом все интересующие и непонятные мне вопросы. На все заданные вопросы я получила удовлетворившие меня ответы, и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Я добровольно **даю** / **не даю** (нужное подчеркнуть) свое согласие на выполнение всех назначений и манипуляций, необходимых для родоразрешения с помощью выполнения индукции родов посредством проведения амниотомии, введения простагландинов.

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. №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)

Пациентка (законный представитель):
Подпись_____ Фамилия Имя Отчество_____
«___»_____ _____г.

Врач – акушер-гинеколог:
Подпись_____Фамилия Имя Отчество_____
«___»_____ _____ г.

Приложение№24

УТВЕРЖДЕНО
приказом ГБУЗ РК «РКБ им.Н.А.Семашко»
от 28.02.22 № 161

Информированное добровольное согласие на применение терапии препаратом «вне инструкции» («off-label»)

Я, _____
Фамилия Имя Отчество (при наличии) гражданки либо законного представителя
дата рождения _____,
зарегистрированная по адресу: _____
адрес регистрации гражданки либо законного представителя
_____
проживающая по адресу: _____
указывается в случае проживания не по месту регистрации
в отношении _____
Фамилия, Имя Отчество (при наличии) пациента (при подписании согласия законным представителем)
дата рождения пациента_____
(при подписании законным представителем)
проживающей по адресу: _____
в случае проживания не по месту жительства законного представителя
даю согласие на оказание медицинской помощи в структурном подразделении Перинатального цента ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко».
Я ознакомлена с тем, что специалисты медицинской организации при необходимости окажут мне квалифицированную медицинскую помощь. Методы диагностики и лечения будут выполнены в соответствии со стандартами объемов акушерско-гинекологической помощи и клиническими рекомендациями.
Я получила от лечащего врача – акушер-гинеколога_____
ФИО врача
сведения о препарате_____
наименование препарата
а так же подробную информацию о нижеследующем:

- о том, что показания к применению или способы введения не соответствуют или не указаны в инструкции к применению, но имеются данные об его эффективности в научной печати;
- ранее назначенная мне терапия не была в достаточной форме эффективной;
- о способах введения препарата, его дозировке и лекарственной форме;
- введение препарата может привести к появлению аллергических реакций и следующих побочных эффектов:_____
_____
- имеются достаточные научные данные (в том числе в зарубежных научных источниках) полагать, что при применении указанного лекарственного препарата у меня может быть достигнут лечебный (паллиативный) эффект.

Я имела возможность ознакомиться с решением врачебного консилиума (врачебной комиссии) о целесообразности проведения мне терапии вышеуказанным лекарственным препаратом.

Получив полную информацию о возможных последствиях и осложнениях в связи с применением лекарственного препарата _____ подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление, и я осознанно принимаю решение о его назначении и применении мне.

Мне разъяснено моё право отказаться от проведения мне терапии вышеуказанным лекарственным препаратом.

Я подтверждаю, что прочитала и поняла все вышеизложенное, имела возможность обсудить с врачом – акушером-гинекологом все интересующие и непонятные мне вопросы. На все заданные вопросы я получила удовлетворившие меня ответы, и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Я имела достаточно времени для принятия решения о согласии / отказе на предложенное мне применение терапии препаратом «вне инструкции» («off-label»).

Я, _____

ФИО, подпись пациента/законного представителя

с применением лекарственного препарата_____

наименование препарата

согласна/несогласна_____

указать прописью

«___»_____ _____г.

Я, врач_____

ФИО лечащего врача

Свидетельствую, что разъяснил(а) пациентке суть, риск и альтернативу введения лекарственного препарата, дал(а) ответы на все, поставленные ею вопросы.

_____

ФИО, подпись врача

«___»_____ _____г.

Приложение№25

УТВЕРЖДЕНО
приказом ГБУЗ РК «РКБ им.Н.А.Семашко»
от 28.02.22 № 161

ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко»
Информированное добровольное согласие
на операцию - кесарево сечение, предоперационную антибиотикопрофилактику

Я, _____
(фамилия, имя, отчество - полностью)

_____ проживающая по адресу: _____
(день, месяц, год рождения)

_____

_____

находясь на лечении в отделении _____ _____

_____
(название отделения, номер палаты)

Добровольно даю свое согласие на проведение мне медицинской манипуляции (операции):

_____
(название операции, манипуляции)

- Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об всех заболеваниях, аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, 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 ознакомлен (а) с планом операции, а так же возможной его корректировкой в соответствии с течением заболевания и моим состоянием;
- Подтверждаю, что я ознакомлен(а) с характером предстоящей мне операции (манипуляции). Мне разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего оперативного вмешательства.
- 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 (манипуляции) сопряжено с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно – сосудистой, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда моему здоровью и даже неблагоприятного ее 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 знаю, что во время операции возможна потеря крови и даю согласие на переливание донорской и (или) искусственной и (или) ауто (собственной) крови и ее компонентов.

Мне объяснено, что операция кесарева сечения является серьезным оперативным вмешательством, при котором возможны осложнения во время проведения операции и в послеоперационном периоде:

- кровотечение;
- ранение мочевого пузыря и кишечника;
- гнойно-септические осложнения: воспаление матки, несостоятельность шва на матке, перитонит, сепсис;
- спаечная болезнь органов малого таза;
- тромбоэмболия легочной артерии.

В случае возникновения осложнений, угрожающих моей жизни, я добровольно **даю/ не даю** согласие на расширение объема операции вплоть до удаления матки.
Необходимое время после операции я буду наблюдаться и получать лечение в отделении анестезиологии и реанимации, как и все послеоперационные больные.
Мне были разъяснены последствия отказа от проведения операции кесарева сечения.
Я имела возможность задавать любые вопросы и получила исчерпывающие и понятные мне ответы.
Я имела достаточно времени для принятия решения о согласии / отказе на предложенное мне проведение операции кесарева сечения. В случае отказа от проведения операции кесарева сечения всю ответственность за исход беру на себя.

_____
(подпись)

- Я согласн(а) на запись хода операции на информационные носители и демонстрацию лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения ими врачебной тайны.
(в случае возражения по данному разделу поставить - НЕТ)

_____
(подпись)

*Отказ в заполнении настоящего пункта данного информированного добровольного согласия не влечет отказ от остальных пунктов данного информированного добровольного согласия

- Я ознакомлен(а) с правилами внутреннего распорядка больницы, правилами лечебно-охранительного режима, установленного в ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко», и обязуюсь их соблюдать;
- Мне согласно моей воле, а так же во исполнении требований ст. 20 Федерального закона " Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации "от 21.11.2011 № 323-ФЗ даны полные и всесторонние разъяснения о моих правах при обращении за медицинской помощью;
- Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною понятны и добровольно даю свое согласие на предложенное мне оперативное вмешательство (манипуляцию). Так же мне всесторонне разъяснены все возможные последствия оперативного вмешательства (манипуляции).

_____
(фамилия, имя, отчество - полностью)

" ____ " _____ 20 __ г. Подпись гражданки _____
(подпись)

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. №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)

Пациентка (законный представитель):
Подпись_____ ФИО_____

Мною, врачом _____ разъяснены все положения настоящего документа. Подтверждаю, что гражданин расписался в моем присутствии.

Врач _____
(Должность)
_____ (подпись)
(Фамилия И.О.)

«_____»_____ 20 ___ г.

Приложение
к «Информированному добровольному согласию
на оперативное вмешательство кесарева сечения»

Перед операцией женщина должна быть информирована о возможных рисках при оперативном вмешательстве:

Со стороны матери:
Очень часто:
- повышение риска повторного кесарева сечения при попытке родов через естественные родовые пути при последующих беременностях, одна женщина на каждые 4 случая.

Частые риски:
- боль в ране и дискомфорт в животе в первые несколько месяцев после операции, 9 женщин на каждые 100.

Не часто (5-9 случаев на 1000 операций): экстренная гистерэктомия, возможна повторная операция после кесарева сечения, в том числе кюретаж матки, госпитализация в отделение интенсивной терапии.
Редко (1-5 случаев на 1000 операций): тромботические осложнения, повреждения мочевого пузыря, повреждение мочеточника.
Очень редко: смерть, приблизительно одна женщина на 12 000.

Будущие беременности:
Часто (5-6 случаев на 100 операций): повторная госпитализация; послеродовая инфекция.
Не часто (1-8 случаев на 1000 операций): повышение риска разрыва матки в течение последующей беременности/родов, повышение риска антенатальной гибели, повышение риска при последующей беременности предлежания и врастания плаценты, кровотечение.

Со стороны плода:
Не часто: травмы.
Дополнительные процедуры во время кесарева сечения, которые могут оказаться необходимыми:
- Гистерэктомия;
- Переливание крови;
- Восстановление кишечника, мочевого пузыря, сосудов при их повреждении.

Приложение№26

УТВЕРЖДЕНО
приказом ГБУЗ РК «РКБ им.Н.А.Семашко»
от 25.02.22 № 16 р

Информированное добровольное согласие на самопроизвольное родоразрешение через естественные родовые пути у пациентки с рубцом на матке после кесарева сечения в анамнезе

Я, _____
Фамилия Имя Отчество (при наличии) гражданки
дата рождения _____, зарегистрированная по адресу: _____
_____
адрес регистрации гражданки
проживающая по адресу: _____
указывается в случае проживания не по месту регистрации

даю согласие на оказание медицинской помощи в структурном подразделении Перинатального центра ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А.Семашко».
Я ознакомлена с тем, что специалисты медицинской организации при необходимости окажут мне квалифицированную медицинскую помощь. Методы диагностики и лечения будут выполнены в соответствии со стандартами акушерско-гинекологической помощи и клиническими рекомендациями.
Я была информирована по поводу возможных методов родоразрешения женщин, которые уже были прооперированы путем кесарева, и что я не имею медицинских противопоказаний для попытки вагинальных родов.
Я понимаю, что вагинальные роды имеют преимущества по сравнению с повторным кесаревым сечением:

- уменьшение кровопотери;
- отсутствие послеоперационной раны и снижен риск возникновения инфекции;
- отсутствие рисков, связанных с хирургическим вмешательством (травма мочевого пузыря, кишечника) и анестезиологическим обеспечением;
- сокращение время пребывания в лечебном учреждении;
- сокращение восстановительного послеродового периода.

Мне разъяснены риски, связанные с родоразрешением через естественные родовые пути:

- разрыв матки (до 0,7%);
- попытка вагинальных родов может успешно разрешиться приблизительно в 75% случаев;
- при возникновении определенных акушерских ситуаций, попытка вагинальных родов может завершиться операцией – кесарево сечение.

Я подтверждаю, что для принятия решения прочитала и поняла все вышеизложенное, имела возможность обсудить с врачом акушером – гинекологом все интересующие и непонятные мне вопросы. На все заданные вопросы я получила удовлетворившие меня ответы, и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу. Я имела достаточно времени для принятия решения о согласии / отказе на предложенное мне ведение родоразрешения.

Я, _____,
Фамилия, Имя, Отчество
добровольно и осознано хочу осуществить попытку вагинальных родов.
«___»_____ _____г.
Я, _____,
Фамилия, Имя, Отчество
добровольно и осознано выбираю операцию – кесарево сечение.
«___»_____ _____г.

Врач – акушер-гинеколог:
Подпись_____Фамилия Имя Отчество_____
«___»_____ _____ г.

Приложение№27

УТВЕРЖДЕНО
приказом ГБУЗ РК «РКБ им.Н.А.Семашко»
от 25.02.22 № 161

Информированное добровольное согласие на наружный поворот плода при тазовом предлежании

Я, _____
Фамилия Имя Отчество (при наличии) гражданки либо законного представителя
дата рождения _____, зарегистрированная по адресу: _____
адрес регистрации гражданки либо законного представителя
проживающая по адресу: _____
указывается в случае проживания не по месту регистрации
в отношении _____
Фамилия, Имя Отчество (при наличии) пациента (при подписании согласия законным представителем)
_____ дата рождения пациента
(при подписании законным представителем)
проживающей по адресу: _____
в случае проживания не по месту жительства законного представителя: _____ даю согласие на оказание медицинской помощи в структурном подразделении Перинатального центра ГБУЗ РК «РКБ им.Н.А.Семашко».

Я понимаю, что вопрос о методе родоразрешения при тазовом предлежании плода до настоящего времени остается нерешенным. Самостоятельные роды в тазовом предлежании и выполнение кесарева сечения по поводу тазового предлежания не являются безопасными и связаны с определенным риском для здоровья матери и/или ребенка.

Я предупреждена, что при сохранении тазового предлежания плода к сроку родов необходимо определиться с дальнейшим ведением беременности и выбрать способ для рождения ребенка.

Врач – акушер-гинеколог _____
Фамилия Имя Отчество
объяснил мне, что в настоящее время мой плод находится в тазовом предлежании, и после изучения моего анамнеза и результатов обследований, для улучшения исхода беременности и родов, мне предложена попытка наружного поворота на головку.

Цель процедуры наружного поворота плода – перевод ребенка из тазового предлежания в головное. Роды в головном предлежании естественны и безопасны.

При удачной попытке поворота нет необходимости в фиксировании плода бандажом и дальнейшем стационарном наблюдении за беременной. Удачная попытка наружного поворота позволяет избежать риска и осложнений, связанных с самостоятельными родами в тазовом предлежании и выполнением кесарева сечения.

Мне разъяснили, что наружный поворот плода проводится только специально обученными врачами – акушерами-гинекологами в условиях стационара.

Сроки проведения наружного поворота: от 36 недель вплоть до начала родов (при целом плодном пузыре).

При тщательном отборе кандидатов для попытки наружного поворота при доношенной беременности осложнения встречаются редко, однако процедура не лишена риска.

Использование расслабляющих матку препаратов увеличивает шансы на успех. Во время поворота доктор обеими руками бережно приподнимает и поворачивает ребенка головкой вниз, как изображено на рисунке.

Средняя частота успешных попыток – 40% для первородящих женщин, 50% – для повторнородящих. У 5% беременных после успешного поворота плода на головку происходит обратный поворот на тазовый конец.

Возможны побочные эффекты используемых для расслабления матки препаратов (сердцебиение, слабость, сонливость, познабливание). Побочные эффекты редки, проходят самостоятельно в течение нескольких минут.

Осложнения наружного поворота крайне редки – необходимость проведения экстренного кесарева сечения не превышает 0,5%.

Я понимаю, что попытка наружного поворота может сопровождаться определенным риском и ограничениями:

-во время подготовки и проведения процедуры я должна буду постоянно информировать врача о моем самочувствии и ощущениях;

-проведение поворота плода может сопровождаться дискомфортом, о возникновении резких болезненных ощущений необходимо немедленно сообщить врачу;

-попытка поворота может оказаться неудачной. Ребенок может не повернуться или может возвратиться в исходное положение вскоре после успешного поворота. При моем желании и согласии может быть произведена повторная попытка поворота;

-в редких случаях возможно возникновение отслойки плаценты и кровотечения;

-попытка поворота может сопровождаться урежением частоты сердцебиения плода (брадикардия). Если после паузы в производстве поворота сердцебиение плода не восстановится, мне выполнят экстренное кесарево сечение;

-во время процедуры возможно излитие околоплодных вод;

-в некоторых случаях возможно попадание крови плода в систему кровообращения матери. Обычно это не приводит к возникновению проблем. При резус-отрицательной принадлежности крови матери и отсутствии антител профилактически вводят анти-RhD иммуноглобулин;

-после попытки поворота мне необходимо наблюдать за шевелениями и поведением моего плода, выделениями из влагалища.

При уменьшении двигательной активности и изменении поведения плода нужно срочно сообщить об этом медицинскому персоналу.

Я понимаю, что при попытке наружного поворота при тазовом предлежании существует риск осложнений, связанных с моими индивидуальными особенностями и обстоятельствами.

Я понимаю, что невозможно гарантировать успех попытки наружного поворота. Даже при удачной попытке поворота существует 5%-я вероятность обратного поворота плода на тазовый конец.

Я понимаю, что существует риск и опасности, связанные с необходимостью выполнения неотложного кесарева сечения при ухудшении состояния плода во время попытки поворота и после него.

Я подтверждаю, что доктор информировал меня о наружном повороте при тазовом предлежании и альтернативных вариантах ведения беременности и родов. Мне была предоставлена возможность задать все интересующие меня вопросы, и я получила на них исчерпывающие ответы.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 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), в том числе после смерти:_____

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

Я **согласна** на проведение попытки наружного поворота моего плода, находящегося в тазовом предлежании.

Пациентка (законный представитель):

Подпись_____ Фамилия Имя Отчество_____

Я **отказываюсь** от попытки наружного поворота при тазовом предлежании.

Пациентка (законный представитель):

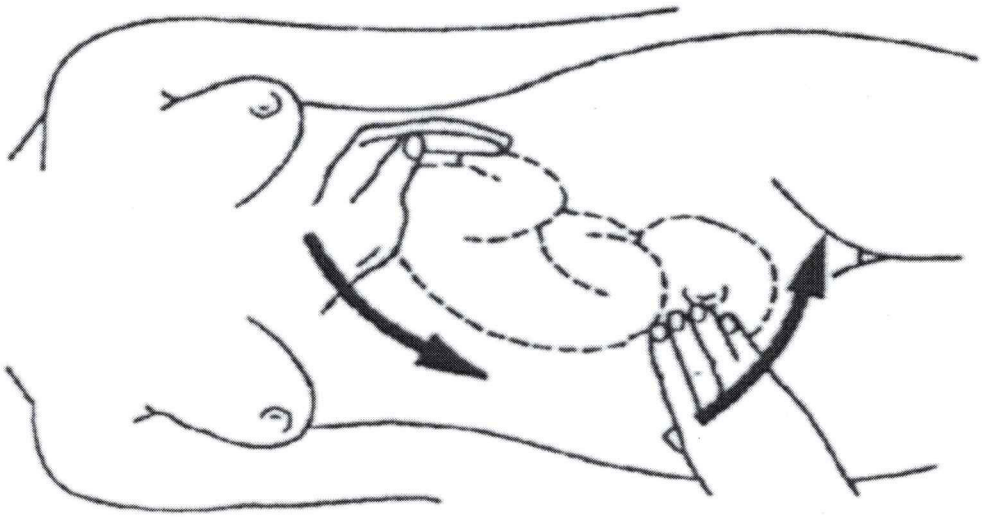
Подпись_____ Фамилия Имя Отчество_____

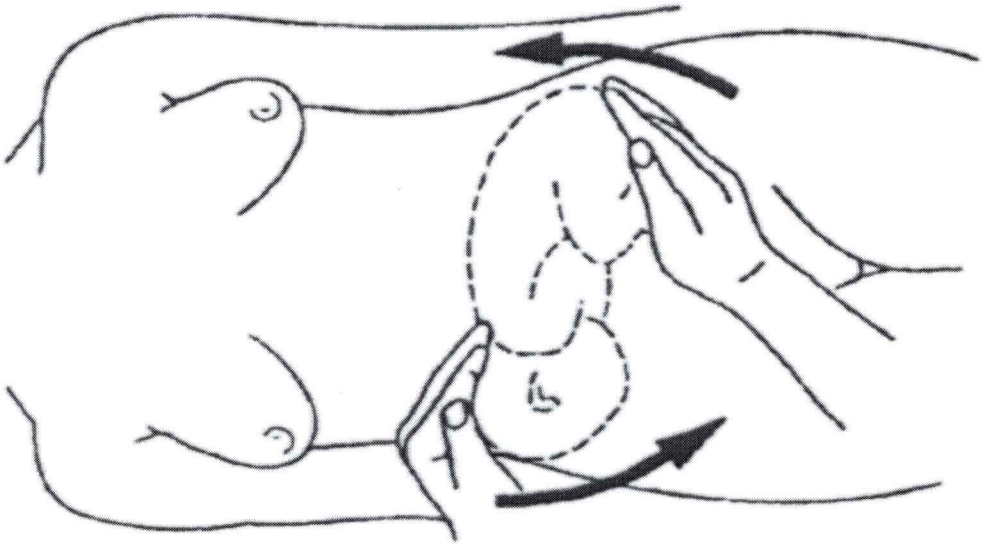
Я подтверждаю, что я объяснил цели проведения попытки наружного поворота, методику выполнения процедуры, обсудил возможные риски и осложнения.

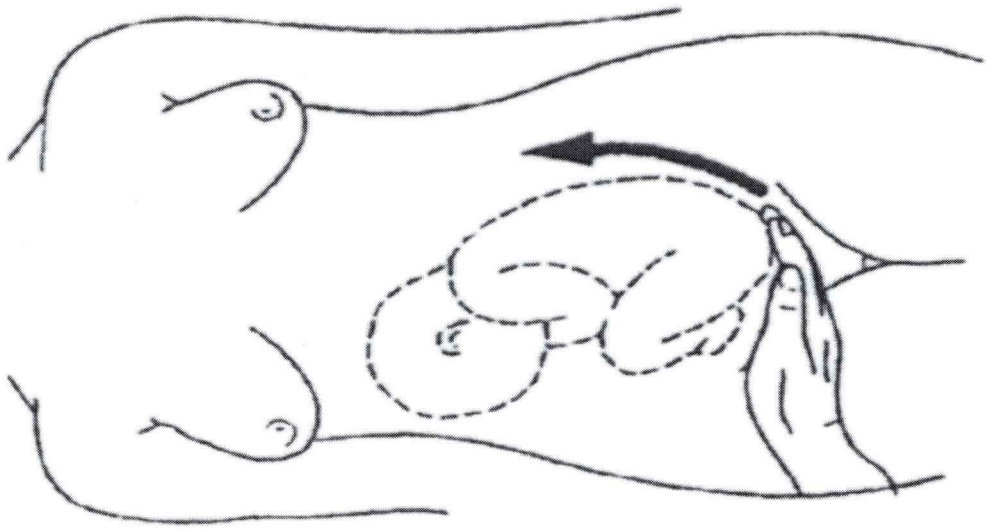
Врач – акушер-гинеколог:

Подпись_____Фамилия Имя Отчество_____

«___»_____ _____ г.







Приложение№28

УТВЕРЖДЕНО
приказом ГБУЗ РК «РКБ им.Н.А.Семашко»
от 28.02.22 № 161

Отказ от госпитализации

Я, нижеподписавшийся(аяся) _____
(фамилия, имя, отчество пациента или его
_____,
законного представителя, реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы пациента)
отказываюсь от предложенной мне (представляемому) госпитализации в _____
_____.
(наименование и адрес медицинской организации)

О своем заболевании (заболевании представляемого) _____
_____
_____
_____
(установленный и/или предварительный диагноз в соответствии с МКБ)
и возможных осложнениях его течения: _____
_____
_____
информирован(а), рекомендации по лечению получил(а).

Я имел (имела) возможность задать любые интересующие вопросы относительно состояния моего здоровья (представляемого), заболевания и лечения и получил (получила) на них ответы в понятной мне форме.

Я не буду иметь каких-либо претензий к медицинской организации в случае развития негативных последствий, наступивших вследствие моего решения.

"___" _____ 20__ г. _____/_____
(подпись) (расшифровка подписи)

Настоящий документ оформлен мной, _____
_____,
(лечащий врач, зав. отделением медицинской организации)
по результатам предварительного информирования пациента (законного представителя) о состоянии его здоровья (здоровья представляемого) и о необходимости госпитализации.

"___" _____ 20__ г. _____/_____
(подпись) (расшифровка подписи)

Приложение№29

УТВЕРЖДЕНО
приказом ГБУЗ РК «РКБ им.Н.А.Семашко»
от 25.02.22 № 161

ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко»

Отказ от проведения медицинского вмешательства, от проведения оперативного вмешательства, от диагностических и лечебных манипуляций, от проведения операции переливания крови и ее компонентов, от проведения вакцинации, отказ от транспортировки

Я, _____
(фамилия, имя, отчество - полностью)

_____ проживающая по адресу: _____
(день, месяц, год рождения)

_____

_____

Обратившись за предоставлением мне стационарной медицинской помощи (в т. ч. находясь на обследовании, лечении в отделении:

_____
(название отделения,)

_____

добровольно, пользуясь своим правом, предусмотренным статьей 20 Федерального закона " Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации "от 21.11.2011 № 323-ФЗ, отказываюсь от проведения медицинского вмешательства (манипуляции, лечения (указать название медицинского вмешательства):

_____

_____

_____

- Мне даны полные и всесторонние сведения о характере, течении, степени тяжести, возможных осложнениях моего заболевания, включая данные о результатах обследования, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, профилактики, реабилитации, связанных с ними рисках, возможных иных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях;
- Мне подробно в доступной для меня форме разъяснены возможные последствия моего отказа от предлагаемого медицинского вмешательства. Я осознаю, что отказ от медицинского вмешательства (лечения) может отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья и даже привести к неблагоприятному исходу заболевания.

Возможные последствия отказа: от _____
(название мед. вмешательства)

_____

_____

_____

_____

(заполняется лечащим врачом)

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

« ____ » _____ 20 ____ года. (Подпись пациента)

Подтверждаю, что гражданин расписался в моем присутствии. Мною, врачом _____ разъяснены все положения настоящего документа.

Врач (подпись)

_____
(Должность, И.О.Фамилия)

« ____ » _____ 20 ____ года

При отказе в заполнении настоящего бланка информированного согласия, заполняется оборотная сторона

От подписи бланка добровольного информированного согласия на отказ от проведения _____ отказался(ась) в присутствии:

Комиссия в составе:

Лечащий (дежурный) врач (Должность, Ф.И.О. и подпись) _____

Врач, медсестра, (Должность, Ф.И.О. и подпись) _____

Врач, медсестра (Должность, Ф.И.О. и подпись) _____

« _____ » _____ 20 _____ года

Приложение№29а

УТВЕРЖДЕНО
приказом ГБУЗ РК «РКБ им.Н.А.Семашко»
от 25.02.22 № 161

ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко»

Отказ от проведения медицинского вмешательства, от проведения оперативного вмешательства, от диагностических и лечебных манипуляций, от проведения операции переливания крови и ее компонентов, от проведения вакцинации представляемого

Я, _____
(фамилия, имя, отчество - полностью)

_____ проживающий по адресу: _____
(день, месяц, год рождения)

_____

паспорт: _____ ,выдан: _____

являюсь законным представителем (**мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель**)
(нужное подчеркнуть)

представляемого: _____

_____
(число, месяц, год рождения, паспортные данные представляемого - при наличии)

_____

_____

Обратившись за предоставлением моему представляемому стационарной медицинской помощи (в т.ч. находящемуся(ейся) на лечении в отделении, обследовании):

_____
(название отделения)

Добровольно, пользуясь своим правом, предусмотренным статьей 20 Федерального закона " Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации "от 21.11.2011 № 323-ФЗ, отказываюсь от проведения медицинского вмешательства (лечения) моего (моей) представляемого (представляемой) (указать название мед. вмешательства): _____

_____

_____

_____

- Мне даны полные и всесторонние сведения о характере, течении, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания моего (моей) представляемого (представляемой), включая данные о результатах обследования и прогнозе, методах лечения, профилактики, реабилитации связанных с ними рисках, возможных иных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях.
- Мне подробно в доступной для меня форме разъяснены возможные последствия отказа от предлагаемого медицинского вмешательства для моего (моей) представляемого (представляемой). Я осознаю, что отказ от медицинского вмешательства (лечения) может отрицательно сказаться на состоянии здоровья моего (моей) представляемого (представляемой) и даже привести к неблагоприятному (летальному) исходу заболевания.

Возможные последствия отказа от: _____
название мед. вмешательства

_____

_____

_____

_____
(заполняется лечащим врачом)

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

« _____ » _____ 20 ____ года. Подпись представителя

Мною, врачом _____ разъяснены все положения настоящего документа. Подтверждаю, что гражданин расписался в моем присутствии.

От подписи бланка добровольного информированного согласия на отказ от проведения _____ отказался (отказалась):

Комиссия в составе:

Лечащий (дежурный) врач (Должность, Ф.И.О. и подпись) _____

Врач, медсестра, (Должность, Ф.И.О. и подпись) _____

Врач, медсестра (Должность, Ф.И.О. и подпись) _____

«_____» _____20__г.

Приложение№30

УТВЕРЖДЕНО
приказом ГБУЗ РК «РКБ им.Н.А.Семашко»
от 25.02.22 № 161

Главному врачу
ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко»
В.А.Фурсовой
_____

Отказ от проведения патологоанатомического вскрытия умершего

На основании пункта 3 статьи 67 Основ охраны здоровья граждан в Российской Федерации, статьи 5 Федерального закона от 12.01.1996 N 8-ФЗ "О погребении и похоронном деле", приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.06.2013г. №354н «О порядке проведения патолого-анатомических вскрытия»

Я, _____
(Ф.И.О., паспортные данные, реквизиты документа,
_____
подтверждающего право представлять интересы умершего)
_____,
близкий родственник, законный представитель умершего, лицо, взявшее на себя обязанности п огребения (нужное подчеркнуть), **отказываюсь от проведения патологоанатомического вскрыт ия** умершего _____
(место смерти и дата)
_____
(Ф.И.О. и возраст умершего)
по причине (нужное подчеркнуть):
- по религиозным мотивам;
- по иным мотивам, основаниям (указать) _____
_____
Я информирован о невозможности проведения экспертного анализа в случае сомнений в качестве медицинской помощи при отсутствии патологоанатомического вскрытия.
Я не имею претензий к медицинскому персоналу
_____
(наименование отделения(ий))
по поводу качества диагностики, лечения, ухода, реабилитационных мероприятиях.
"___" _____ 201_ г. _____
(подпись заявителя, Ф.И.О., дата)

Мною врачом_____ разъяснены все положения настоящего документа. Подтверждаю, что гражданин расписался в моем присутствии.

_____ (подпись)
(Должность, И.О.Фамилия)

« _____ » _____ 20 ____ года

Приложение№31

УТВЕРЖДЕНО
приказом ГБУЗ РК «РКБ им.Н.А.Семашко»
от 25.02.20 № 161

Главному врачу
ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко»
В.А. Фурсовой

(Ф.И.О. заявителя)
Паспортные данные заявителя:

ЗАЯВЛЕНИЕ
ОБ ОТКАЗЕ ОТ РОДИТЕЛЬСКИХ ПРАВ И СОГЛАСИЯ НА УСЫНОВЛЕНИЕ

О себе сообщаю следующее:
Ф.И.О.
Дата и место рождения
Место жительства

Прописана (когда, по какому адресу)

Паспорт №. серия выдан

Семейное положение
Отношение к ребенку (мать, отец, бабушка, дедушка, опекун и др.)

Прошу передать моего ребенка
года рождения, родившегося (уюся) в ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко»,
на государственное обеспечение, так как я отказываюсь от родительских прав на него.
И дальнейших, каких либо претензий к ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко» и (или) государственным органам опеки не имею.
Причина:

Не возражаю против передачи ребенка на усыновление (удочерение). Претензий к усыновителям иметь не буду. Правовые последствия передачи ребенка на усыновление мне разъяснены.
Данные о себе: рост цвет волос цвет глаз
национальность профессия
образование
на учете в:
кожно - венерологическом
наркологическом
психоневрологическом диспансерах,

*Данные об отце ребенка: рост _____ цвет волос _____
цвет глаз _____ национальность _____
профессия _____ образование _____
на учете в:
кожно - венерологическом, _____
наркологическом _____
психоневрологическом диспансерах, _____
*Настоящий блок заполняется со слов матери либо иного лица.

Заявление написано _____

Подпись _____ дата _____

Подпись гр. _____ и данные ее (его) паспорта заверяем:

лечащий врач _____ _____

Зав. отделением _____ _____

Юрисконсульт _____ _____

Главный врач _____ _____

Приложение№32

УТВЕРЖДЕНО
приказом ГБУЗ РК «РКБ им.Н.А.Семашко»
от 28.02.22 № 161

приложение
к приказу Минздрава РФ
от 12.11.2021г. №1051н

Порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства для получения медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях

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 Российское Федерации от 23апреля 2012 года N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 года, регистрационный N 24082 (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) лица, не достигшего возраста, установленного частью 5 статьи 47 и частью 2 статьи 54 Федерального закона от 21 ноября 2011 года 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;

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 медицинского вмешательства в отношении одного или нескольких 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, оформляется в виде документа на бумажном носителе по форме, предусмотренной приложением N 2 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2021 года N 1051н, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в пункте 3 настоящего Порядка, медицинским работником либо формируется в форме электронного документа, подписанного гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в пункте 3 настоящего Порядка, с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи или простой электронной подписи с посредством применения единой системы идентификации и аутентификации (далее-ЕСИА), а также медицинским работником с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи, и включается 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 выбранной медицинской организации.

9. Гражданин или его законный представитель, указанный в пункте 3 настоящего Порядка, при оформлении ИДС 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, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения (в том числе в случае, если было оформлено информированное добровольное согласие), за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

11. Отказ от одного или нескольких видов вмешательств, включенных в Перечень, оформляется в виде документа на бумажном носителе по форме, предусмотренной приложением N 3 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2021 года N 1051н, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в пункте 3 настоящего Порядка, медицинским работником либо формируется в форме электронного документа, подписанного гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в пункте 3 настоящего Порядка, с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи или простой электронной подписи посредством применения ЕСИА, а также медицинским работником с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи и включается в медицинскую документацию пациента.

12.Информированное добровольное согласие и (или) отказ от медицинского вмешательства одного из родителей или иного законного представителя лица, указанного в пункте 3 настоящего Порядка, могут быть сформированы в форме электронного документа при наличии в медицинской документации пациента сведений о его законном представителе.

Информированное добровольное согласие и (или) отказ от медицинского вмешательства в форме электронного документа формируются с использованием единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, государственных информационных систем в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации, медицинских информационных систем медицинских организаций, иных информационных систем, предназначенных для сбора, хранения, обработки и предоставления информации, касающейся деятельности медицинских организаций и предоставляемых ими услуг.

Информированное добровольное согласие и (или) отказ от медицинского вмешательства в форме электронного документа подписываются гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в пункте 3 настоящего Порядка, с использованием простой электронной подписи посредством применения ЕСИА при условии, что при выдаче ключа простой электронной подписи его личность установлена при личном приеме либо с помощью подтверждения сведений, представленных заявителем путем использования индивидуальных средств коммуникации заявителя.

Приложение№32

УТВЕРЖДЕНО
приказом ГБУЗ РК «РКБ им.Н.А.Семашко»
от 25.02.22 № 161

приложение
к приказу Минздрава РФ
от 12.11.2021г. №1051н

Информированное добровольное согласие
на виды медицинских вмешательств для получения медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях

Я,_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо его законного представителя)
«____»_____ _____г. рождения (дата рождения гражданина либо его законного представителя), зарегистрированный по адресу:_____
(адрес регистрации гражданина либо его 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 (дата рождения пациента при подписании законным представителем), проживающего по адресу_____
_____
(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 23.04.2012г. №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 ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко».
Медицинским работником_____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)
_____
В доступной для меня форме 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 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан 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 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе 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, контактный телефон)

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

«____»_____ _____г.
(дата оформления)

Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи.

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 электрокардиогафия, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

Приложение№33

УТВЕРЖДЕНО
приказом ГБУЗ РК «РКБ им.Н.А.Семашко»
от 28.02.22 № 161

приложение
к приказу Минздрава РФ
от 12.11.2021г. №1051н

Отказ от видов медицинских вмешательств при получении медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях

Я, _____

(Ф.И.О. (при наличии) и дата рождения гражданина либо его законного представителя)

" _____ " _____ г. рождения,

зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

В отношении _____

(ФИО (при наличии) пациента и дата рождения при подписании отказа законным представителем)

при оказании мне (представляемому лицу) 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 года N 390н:

_____

(наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

_____

_____

_____

_____

_____

Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. (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 вид (такие виды) медицинского вмешательства.

_____ _____

(подпись) *(Ф.И.О. (при наличии) гражданина или законного представителя гражданина)*

_____ _____

(подпись) *(Ф.И.О. (при наличии) медицинского работника)*

" _____ " _____ г.

(дата оформления)

Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи.

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 электрокардиогафия, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.