

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПРИМОРСКОГО КРАЯ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**ПРИМОРСКИЙ КРАЕВОЙ
ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ДИСПАНСЕР
(ГБУЗ «ПКПД»)**

ПРИКАЗ

от 27 « мая » 2022

№ 437

Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, отказ от медицинского вмешательства и согласия на обработку персональных данных.

В соответствии с требованием Федерального закона от 21.11.2011г. № 323 - ФЗ «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации», Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», Федерального закона от 18.06.2001 № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации», Федерального закона от 20.07.2012 N 125-ФЗ (ред. от 11.06.2021) "О донорстве крови и ее компонентов", приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.11.2021 № 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», приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2012 № 390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи», приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020г. № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности», Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 6 августа 2007 года N 5950-РХ «Методические рекомендации о проведении обследования на ВИЧ-инфекцию»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1. Порядок взятия информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказ от медицинского вмешательства (Приложение № 1);

1.2. Форму информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство (Приложение № 2);

1.3. Форму отказа от медицинского вмешательства (Приложение № 3);

1.4. Форму информированного добровольного согласие на проведение обследования на ВИЧ-инфекцию (Приложение № 4);

1.5. Форму информирования о выявлении ВИЧ-инфекции (Приложение № 5);

1.6. Форму информированного добровольного согласия на оперативное вмешательство (Приложение № 6);

1.7. Форму информирования добровольного согласия на переливание крови и ее компонентов (Приложение № 7);

1.8. Форму заявления о согласии на обработку персональных данных (Приложение № 8);

1.9. Добровольное информированное согласие на проведение кожных проб (проба Манту 2 ТЕ-ППДЛ, Диаскинтест) для диагностики туберкулеза или отказ от них (Приложение № 9);

2. Назначить:

2.1. Ответственным лицом за организацию работы по взятию информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, отказ от медицинского вмешательства и согласия на обработку персональных данных у пациента либо его законного представителя - заместителя главного врача по медицинской части Полякову Н.А.;

2.2. Ответственными лицами за организацию работы по взятию информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, отказ от медицинского вмешательства и согласия на обработку персональных данных у пациента либо его законного представителя в подразделениях ГБУЗ «ПКПД» заведующих филиалов;

2.3. Ответственными лицами за непосредственное взятие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, отказ от медицинского вмешательства и согласия на обработку персональных данных у пациента либо его законного представителя в ГБУЗ «ПКПД» заведующих клинических отделений.

3. Секретарю руководителя ГБУЗ «ПКПД» Коркуновой И.В. ознакомить с настоящим приказом заинтересованных лиц с подписью в листе ознакомления (Приложение № 10);

6. Признать утратившим силу Приказ ГБУЗ «ПКПД» от 30.05.2014 № 53

7. Контроль за исполнением приказа оставляю за заместителем главного врача по медицинской части Поляковой Н.А.

Главный врач



Н.И. Сидоренко

Порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства

1. Общие положения

Предметом регулирования настоящего Порядка (далее Порядок) является организация в государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Приморский краевой противотуберкулезный диспансер» (далее - ГБУЗ «ЛКПД») дачи информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств или отказа от медицинского вмешательства, согласие на обработку персональных данных.

Настоящий Порядок разработан в соответствии с:

- Федеральным законом от 21.11.2011г. № 323 - ФЗ «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»;
- Федеральным законом от 18.06.2001 № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации»;
- Федеральным законом от 20.07.2012 N 125-ФЗ (ред. от 11.06.2021) "О донорстве крови и ее компонентов";
- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.11.2021 № 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 и социального развития Российской Федерации от 23.04.2012 № 390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи»;
- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020г. № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»;
- методическими рекомендациями Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 6 августа 2007 года

№ 5950-РХ «Методические рекомендации о проведении обследования на ВИЧ-инфекцию»

-приказом министерства здравоохранения Приморского края от 26.03.2021 № 18/пр/358 «Об утверждении форм медицинской документации, связанных с клиническим использованием донорской крови и ее компонентов в краевых государственных медицинских организациях Приморского края»

Положения настоящего Порядка распространяются на организацию работы по дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства обратившегося в ГБУЗ «ЛКПД».

2. Ответственность за организацию дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства.

2.1. Приказом руководителя медицинской организации назначаются:

2.1.1. Ответственное лицо за организацию работы в медицинской организации по взятию информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, а так же согласия на обработку персональных данных у пациента либо его законного представителя, и соответствующие ответственные лица в структурных подразделениях медицинской организации.

2.1.2. Ответственные лица, указанные в п. 2.1. настоящего раздела, в своей деятельности по организации и взятию информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, а так же согласия на обработку персональных данных у пациента или его законного представителя:

- руководствуются настоящим Порядком;
- взаимодействуют друг с другом по вопросам информирования пациента.

2.1.3 Ответственное лицо в медицинской организации за организацию работы по взятию информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, отказа от медицинского вмешательства и согласия на обработку персональных данных у пациента или его законного представителя:

- организует изучение медицинскими работниками медицинской организации и осуществляет контроль знаний законодательства Российской Федерации в части взятия информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, отказа от медицинского вмешательства и согласия на обработку персональных данных у пациента или его законного представителя;

- обеспечивает контроль за состоянием работы в медицинской организации по взятию информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, отказа от медицинского вмешательства и согласия на обработку персональных данных у пациента либо его законного представителя;

2.1.4 Ответственные лица в подразделениях медицинской организации за организацию работы по взятию информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, отказа от медицинского вмешательства и согласия на обработку персональных данных у пациента либо его законного представителя:

- обеспечивают контроль за состоянием работы в подразделении медицинской организации по взятию информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, отказа от медицинского вмешательства и согласия на обработку персональных данных у пациента либо его законного представителя ;

3. Организация по взятию информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, отказа от медицинского вмешательства и согласия на обработку персональных данных у пациента либо его законного представителя.

3.1. С целью взятию информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, отказа от медицинского вмешательства и согласия на обработку персональных данных у пациента либо его законного представителя у пациента либо его законного представителя осуществляются следующие мероприятия:

3.1.1. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств и отказ от видов медицинских вмешательств дается пациентом либо одним из родителей или иным законным представителем в отношении лиц:

-лица, не достигшего возраста 15 лет;

-лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство

3.1.2. Информированное добровольное согласие оформляется после выбора медицинской организации и врача при первом обращении в медицинскую организацию за предоставлением первичной медико-санитарной помощи или специализированной медицинской помощи.

3.1.3. Перед оформлением информированного добровольного согласия лечащим врачом либо иным медицинским работником гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, указанного в пункте 3.1.1 настоящего Порядка, предоставляется в доступной для него форме полная информация о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах видов медицинских вмешательств, о последствиях этих медицинских вмешательств, в том числе о вероятности развития осложнений, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

3.1.4. Информированное добровольное согласие оформляется в виде документа на бумажном носителе по форме, предусмотренной приложением N 2 к настоящему приказу, подписывается пациентом, одним из родителей или иным законным представителем лица, медицинским работником либо формируется в форме

электронного документа, подписанного пациентом, одним из родителей или иным законным представителем лица, с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи или простой электронной подписи посредством применения единой системы идентификации и аутентификации, а также медицинским работником с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи, и включается в медицинскую документацию пациента.

3.1.5. Пациент или его законный представитель, при оформлении информированного добровольного согласия вправе определить лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья, в том числе после его смерти.

3.1.6. Пациент, один из родителей или иной законный представитель лица, 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:

- 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;

- в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;

- в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами;

- в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления);

- при проведении судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической экспертизы;

- при оказании паллиативной медицинской помощи, если состояние гражданина не позволяет выразить ему свою волю и отсутствует законный представитель.

3.1.7. При отказе от медицинского вмешательства в отношении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, пациенту, одному из родителей или иному законному представителю лица в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния).

3.1.8. Отказ от медицинского вмешательства оформляется в виде документа на бумажном носителе по форме, предусмотренной приложением N 3 к настоящему приказу, подписывается пациентом, одним из родителей или иным законным представителем лица, медицинским работником либо формируется в форме электронного документа, подписанного пациентом, одним из родителей или иным законным представителем лица, с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи или простой электронной подписи посредством применения

единой системы идентификации и аутентификации, а также медицинским работником с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи, и включается в медицинскую документацию пациента.

3.2. Взятие добровольного согласия/отказ на медицинское вмешательство и согласие на обработку персональных данных.

3.2.1. При обращении за медицинской помощью в ГБУЗ «ПКПД» пациента в регистратуре или приемном отделении заполняются соответствующие формы согласия/ отказов по формам предусмотренным данным приказом, подписывается пациентом, одним из родителей или иным законным представителем лица, медицинским работником либо формируется в форме электронного документа, подписанного пациентом, одним из родителей или иным законным представителем лица, с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи или простой электронной подписи посредством применения единой системы идентификации и аутентификации, а также медицинским работником с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи, и включается в медицинскую документацию пациента.

3.2.2. Добровольного согласия/отказ на медицинское вмешательство и согласие на обработку персональных данных оформляется при каждом новом случае обращения пациента за медицинской помощью в ГБУЗ «ПКПД».

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

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

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

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____

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

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

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств:

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

Для получения первичной медико-санитарной помощи/получения специализированной стационарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ГБУЗ «Приморский краевой противотуберкулезный диспансер», Медицинским работником

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

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

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

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

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

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

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

« _____ » _____ 20__ г
(дата оформления)

УТВЕРЖДЕНО
приказом Министерства
здравоохранения
Российской Федерации
от 12 ноября 2021 года N 1051н

Отказ от медицинского вмешательства

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

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

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В отношении _____

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

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

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

При оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи/ специализированной стационарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ГБУЗ «Приморский краевой противотуберкулезный диспансер», отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщины), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Невзвизивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Невзвизивные 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 электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирмография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривенно.

13. Медицинский массаж.

14. Лечебная физкультура.

Медицинским работником _____

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

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния)

_____ указываются возможные последствия отказа от вышеуказанного (вышеуказанных) вида (видов) медицинского вмешательства, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния)

В силу ст. 10 Федерального закона 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в РФ» п.2. Больные заразными формами туберкулеза, неоднократно нарушающие санитарно-противоэпидемический режим, а также умышленно уклоняющиеся от обследования в целях выявления туберкулеза или от лечения туберкулеза, на основании решений суда госпитализируются в медицинские противотуберкулезные организации для обязательных обследования и лечения в стационарных условиях.

Данное заболевание является опасным для здоровья человека, приводит к необратимым изменениям негативного характера в организме человека, с трудом поддается лечению, а в ряде случаев приводит к смертельному исходу. При заболевании активной формой туберкулеза, его бактерия распространяется воздушно-капельным путем и возможно заражение в ходе бытового общения, что влечет поражение туберкулезом значительное число людей. Уклонение от лечения туберкулезом нарушают право на охрану здоровья неопределенного круга лиц, предусмотренное ст. 41 ч. 11 Конституции РФ

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой (такие) вид (виды) медицинского вмешательства.

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

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

« _____ » _____ 20 ____ г
(дата оформления)

Информированное согласие на проведение обследования на ВИЧ-инфекцию

Я _____ года рождения,
(Фамилия, Имя, Отчество)

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 свидетельствуемого 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 не медицинских 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 лиц 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 иных обстоятельств и убеждений, для того, чтобы избежать заражения СПИДом, человек может использовать разные способы предохранения. Например, всегда пользоваться презервативами или иметь только не инфицированных 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 последующем консультировании.

- С вопросами можно обратиться в территориальный центр СПИД.

Подпись обследуемого на ВИЧ _____ «____» _____ 20____

Информирование о выявлении ВИЧ-инфекции

Я, _____ года рождения,
(фамилия, имя, отчество)

настоящим подтверждаю, что получил информацию о выявлении у меня ВИЧ-инфекции; мне разъяснено, что означает этот диагноз.

Я проинформирован, что:

- присутствие антител к ВИЧ, эпидемиологических и клинических данных является доказательством наличия ВИЧ-инфекции;
- для диспансерного наблюдения, уточнения стадии заболевания и назначения лечения мне необходимо обратиться в Центр по профилактике и борьбе со СПИД.

Мне разъяснено, что:

- ВИЧ-инфицированным оказываются на общих основаниях все виды медицинской помощи по клиническим показаниям, в соответствии с законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан;
 - ВИЧ-инфицированные граждане Российской Федерации обладают на ее территории всеми правами и свободами и исполняют обязанности в соответствии с Конституцией Российской Федерации, законодательством Российской Федерации;
 - в настоящее время в России существует бесплатное обследование и лечение (антиретровирусная терапия) для нуждающихся инфицированных ВИЧ. Для наблюдения и лечения мне рекомендовано немедленно обратиться в территориальный Центр СПИД. Антиретровирусная терапия не позволяет излечиться от ВИЧ-инфекции, но останавливает размножение вируса, существенно продлевает жизнь больному и уменьшает вероятность передачи от него заболевания. ВИЧ-инфицированным беременным женщинам важно как можно раньше обратиться в Центр СПИД и начать принимать специальные лекарства для предотвращения заражения будущего ребенка;
 - ВИЧ инфекция передается только тремя путями:
 1. при сексуальных контактах без презерватива;
 2. через кровь - чаще всего при употреблении наркотиков, но может передаваться так же при использовании нестерильного медицинского инструментария, переливании компонентов крови, нанесении татуировок, пирсинге зараженным инструментом, использовании чужих бритвенных и маникюрных принадлежностей.
 3. 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, совместном приеме пищи, а также при укусах насекомых не происходит.
- Я, _____ года рождения,
(фамилия, имя, отчество)

настоящим подтверждаю, что получил информацию о выявлении у меня ВИЧ-инфекции; мне разъяснено, что означает этот диагноз.

Я проинформирован, что:

- присутствие антител к ВИЧ, эпидемиологических и клинических данных является доказательством наличия ВИЧ-инфекции;
- для диспансерного наблюдения, уточнения стадии заболевания и назначения лечения мне необходимо обратиться в Центр по профилактике и борьбе со СПИД.

Мне разъяснено, что:

- ВИЧ-инфицированным оказываются на общих основаниях все виды медицинской помощи по клиническим показаниям;
- Я должен/должна соблюдать меры предосторожности, чтобы не инфицировать ВИЧ других людей. Защитить других от заражения ВИЧ-инфекцией можно, если не иметь с ними опасных контактов (люди не должны иметь контакты с кровью, выделениями половых органов и грудным молоком инфицированного ВИЧ человека). Мне дана рекомендация информировать половых партнеров о наличии у меня ВИЧ-инфекции, всегда и правильно пользоваться презервативами. Следует оградить других людей от контактов с кровью инфицированного ВИЧ человека, пользоваться только индивидуальными предметами личной гигиены (бритвами, маникюрными принадлежностями, зубными щетками) и при необходимости стерильными медицинскими инструментами. Желательно не употреблять наркотики.
- Инфицированные ВИЧ не могут быть донорами крови, биологических жидкостей, органов и тканей. Существует уголовная ответственность за заведомое поставление другого лица в опасность заражения ВИЧ-инфекцией либо заражение другого лица ВИЧ-инфекцией (ст. 122 Уголовного кодекса Российской Федерации, Собрание законодательства Российской Федерации).

• С вопросами можно обратиться в территориальный Центр СПИД.

Подпись обследуемого на ВИЧ

Дата

Информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество полностью)

_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

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 (обследовании) в отделении _____

(название отделения, номер палаты)

добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому) операции:

_____ (название медицинского вмешательства)

и прошу персонал медицинского учреждения о ее проведении. Подтверждаю, что я ознакомлен (ознакомлена) с характером предстоящей мне (представляемому) операции.

- Мне разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего оперативного лечения.

- Мне разъяснено и я осознаю, что во время операции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен (согласна) на то, что ход операции может быть изменен врачами по их усмотрению.

- Я предупрежден (предупреждена) о факторах риска и понимаю, что проведение операции сопряжено с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода.

- Я предупрежден (предупреждена), что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в т.ч. в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и даю свое согласие на это.

- Я поставил (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, 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.

- Я _____ согласен (согласна) на запись хода операции на информационные носители и демонстрацию лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

- Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе оперативного вмешательства, в т.ч. переливаний донорской или ауто (собственной) крови и/или ее компонентов и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы.

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

«___» _____ 20__ г.

Подпись пациента/законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач _____ (должность, и., о. фамилия) (подпись) _____

ПРИМЕЧАНИЕ:

Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений

после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

При отсутствии законных представителей решение о медицинском вмешательстве 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 медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении 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.

Дополнительная информация:

« ___ » _____ 20__ г.

Подпись пациента/законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач _____ (должность, и. о. фамилия) (подпись) _____

Консилиум врачей в составе:

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

" ___ " _____ 20__ г.

Информированное добровольное согласие пациента на проведение трансфузии донорской крови и (или) её компонентов

Настоящее добровольное информированное согласие составлено на основании ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» от 21.11.2011г. № 323-ФЗ (ред. от 22.12.2020г.)

Я, _____
(Ф. И. О. пациента)

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)

получил(а) разъяснения по поводу операции переливания крови. Мне объяснены лечащим врачом цель переливания, его необходимость, характер и особенности процедуры, ее возможные последствия, в случае развития которых я согласен на проведение всех нужных лечебных мероприятий.

Я понимаю необходимость применения в моем лечении гемо-или плазмотрансфузии, которая производится сейчас и/или может возникнуть в дальнейшем до момента моей выписки, и даю свое добровольное согласие на переливание мне донорской крови и (или) ее компонентов в необходимом количестве, которое определяется лечащим врачом.

Я извещен(а) о вероятном течении заболевания при отказе от операции переливания компонентов крови.

Мне была предоставлена возможность задать вопросы. Я прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, удовлетворен(а) ответами лечащего врача на мои вопросы.

«__» _____ 20__ г. Подпись пациента/
Законного представителя

Расписался в моем присутствии:
Врач _____ (подпись)
(Должность, фамилия И.О.)

Примечание:

Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

При отсутствии законных представителей решение о медицинском вмешательстве принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением руководителя/главного врача медицинской организации, 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 медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением руководите-

ля/главного врача медицинской организации, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время - ответственного дежурного врача.

Дополнительная информация:

Консилиум врачей в составе:

Должность, фамилия И.О., подпись _____

Должность, фамилия И.О., подпись _____

Должность, фамилия И.О., подпись _____

« ____ » _____ 20 ____ года

Я отказываюсь от трансфузий донорской крови и (или) ее компонентов. Мне разъяснены все возможные последствия отказа. _____

Подпись пациента (или его законного представителя)

Врач _____ (подпись) _____

(должность, фамилия И.О.)

« ____ » _____ 20 ____ г.

Согласие на обработку персональных данных

Я, ниже подписавшийся _____
паспорт номер _____ серия _____ дата выдачи _____
выдан _____

проживающий (ая) по адресу _____
в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» № 152-ФЗ от 27.07.2006 г., статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» я подтверждаю своё согласие на обработку (а также иные операции с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу (указанным в настоящем информированном согласии организациям), обезличивание, блокирование, уничтожение) (название медицинской организации) находящейся по адресу (адрес медицинской организации) (далее—Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности, в том числе свидетельства о рождении), реквизиты полиса ОМС/ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), место работы, учебы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию -в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны (или –при условии, что эта обработка осуществляется лицом, уполномоченным Оператором и обязанным сохранять профессиональную тайну).

Я предоставляю Оператору право осуществлять следующие способы обработки персональных данных: с использованием бумажных носителей, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Я предоставляю Оператору право обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (ресетры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договору ОМС/ДМС, договору оказания платных медицинских услуг; осуществлять обмен (прием и передачу) персональными данными со страховой медицинской организацией, организацией—заказчиком медицинских услуг во исполнение своих обязательств по договору ДМС, договору оказания платных медицинских услуг с использованием машинных носителей информации, по защищенному каналу связи и (или) документы на бумажных носителях, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

Я предоставляю Оператору право на обмен (приём и передачу) всеми моими персональными данными со страховыми организациями, территориальным фондом ОМС, Министерством здравоохранения Российской Федерации, Федеральным сегментом Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, с Министерством здравоохранения Приморского края, с ГУАЗ «ПК МИАЦ», а также с иными подведомственными Министерству здравоохранения Приморского края медицинскими организациями, с использованием машинных носителей или по защищенным каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их приём и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. В процессе оказания Оператором мне медицинских услуг я предоставляю право уполномоченным медицинским работникам передавать мои персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах обследования, лечения и внутреннего учета Оператора.

Срок хранения персональных данных соответствует срок у хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет для стационара, пять лет -для поликлиники. Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие действует бессрочно, и может быть отозвано мною путем направления в адрес Оператора соответствующего письменного документа (по почте заказным письмом с уведомлением о вручении) либо путем вручения лично под расписку представителю Оператора.

Подпись _____ (ФИО)

Дата: « _____ » _____ 20 ____ г.

**Информированное добровольное согласие
на проведение кожных проб (проба Манту 2 ТЕ-ППДЛ, Диаскинтест)
для диагностики туберкулеза или отказ от них**

Я, нижеподписавшийся(ая) _____

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)

подтверждаю то, что проинформирован(а) о том, что:

В соответствии с действующими нормативными правовыми актами, регламентирующими проведение санитарно-эпидемиологических (профилактических) мероприятий, направленных на предупреждение распространения туберкулеза среди населения:

- проба Манту и Диаскин тест – это введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата для определения специфической сенсибилизации организма к микобактериям туберкулеза (МБТ). ;
- для пробы Манту 2 ТЕ ППД-Л применяют раствор очищенного туберкулина в стандартном разведении, который при внутрикожном введении вызывает местную иммунную реакцию;
- для повышения качества диагностики туберкулеза проводится постановка кожной пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (Диаскинтест). Диаскинтест представляет собой рекомбинантный белок, который при внутрикожном введении вызывает у лиц с туберкулезной инфекцией специфическую кожную реакцию;

- о применении индивидуальной иммунодиагностики независимо от срока постановки предшествующей пробы в случаях, предусмотренных приказом № 109 МЗ РФ от 23.03.2003 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в РФ»:

- при наличии хронических заболеваний различных органов и систем с торпидным, волнообразным течением, при неэффективности традиционных методов лечения и наличии дополнительных факторов риска по инфицированию МБТ и заболеванию туберкулезом (контакт с больным туберкулезом, отсутствие вакцинации против туберкулеза, социальные факторы риска и т.д.);

- для определения активности туберкулезного процесса;

- для определения локализации туберкулезного процесса;

- для оценки эффективности проведенного противотуберкулезного лечения.

Мне понятен смысл и цели проведения кожных проб для диагностики туберкулеза.

К моменту проведения проб у меня (лица, мной представляемого), нет никаких острых жалоб на здоровье (температуры, боли, озноба, слабости и др.), кожных заболеваний, аллергических состояний.

Мне ясно и я принимаю тот факт, что после проведения проб могут наблюдаться местные реакции (покраснение, уплотнение кожи) и иногда кратковременные общие реакции (недомогание, головная боль, повышение температуры).

Я поставил(а) в известность медицинского работника о наличии реакций на предшествующие пробы у меня или лица, мной представляемого.

Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(а), исчерпывающие ответы. Получив полную информацию о необходимости проведения кожной пробы

_____ (название пробы)

- статьей 33 Федерального закона от 17 марта 1999г. N52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" больные инфекционными заболеваниями, лица с подозрением на такие заболевания и

контактировавшие с больными инфекционными заболеваниями лица, а также лица, являющиеся носителями возбудителей инфекционных болезней, подлежат лабораторному обследованию и медицинскому наблюдению или лечению и в случае, если они представляют опасность для окружающих, обязательной госпитализации или изоляции в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

- отказ от диагностических проб, может повлечь за собой серьезную опасность для здоровья меня (лица, мной представляемого) и нарушает право на жизнь и здоровье окружающих (лица, мной представляемого), провозглашенные Конституцией Российской Федерации, Конвенцией о правах ребенка.

Я ознакомлен(а) и согласен(на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты. В соответствии со ст.20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Добровольно *соглашаюсь* на проведение пробы Манту 2 ТЕ ППД-Л/ Диаскинтеста (подчеркнуть нужное) и прошу персонал медицинского учреждения о ее постановке.

Добровольно *отказываюсь* от проведения пробы Манту 2 ТЕ ППД-Л/ Диаскинтеста (подчеркнуть нужное).

(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего или недееспособного гражданина)

Дата " __ " _____ 20__ года.

Подпись пациента/ законного представителя _____ /

(ФИО)

Расписался в моем присутствии:

(должность, Ф.И.О.)

(подпись)

ЛИСТ ОЗНАКОМЛЕНИЯ

С приказом «Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, отказ от медицинского вмешательства и согласия на обработку персональных данных» ознакомлен:

№ п/п	Ф.И.О.	Должность	Дата ознакомления	Подпись
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				