

**АВТОНОМНАЯ НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
«ЦЕНТР ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ
И ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ»**

ПРИКАЗ

28 февраля 2022 г.

№ 10

г. Ханты-Мансийск

Об информированном добровольном согласии
и отказе от медицинского вмешательства

Во исполнение статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», 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», пункта 28 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», в том числе в целях обеспечения прав несовершеннолетних (от 14 до 18 лет) на заключение ими договоров на оказание платных медицинских услуг, пункта 606 санитарных правил и норм СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней», утвержденных постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 28.01.2021 № 4,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:
 - 1.1. Форму информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство при получении медицинской помощи (приложение 1);
 - 1.2. Форму информированного добровольного согласия пациента на отдельные виды медицинских вмешательств при получении медицинской помощи (приложение 2). Форма оформляется при необходимости выполнения отдельных видов медицинских вмешательств, не указанных в форме информированного добровольного согласия, установленной пунктом 1.1 настоящего приказа;

1.3. Форму информированного добровольного согласия пациента на медицинское вмешательство при проведении обследования на ВИЧ-инфекцию (приложение 3);

1.4. Форму информированного добровольного согласия пациента на медицинское вмешательство при получении медицинских услуг на платной основе (приложение 4). Форма оформляется во всех случаях оказания медицинской помощи на платной основе дополнительно к формам информированного добровольного согласия на медицинские вмешательства, установленным настоящим приказом;

1.5. Форму согласия законных представителей несовершеннолетнего (от 14 до 18 лет) на заключение им договора на оказание платных медицинских услуг (приложение 5);

1.6. Форму информированного добровольного согласия пациента на медицинское вмешательство: забор биоматериала на новую коронавирусную инфекцию COVID-19 (приложение 6);

1.7. Форму информированного добровольного согласия пациента на медицинское вмешательство: забор биоматериала на новую коронавирусную инфекцию COVID-19 для лиц в возрасте не достигших 15 лет (приложение 7);

1.8. Форму отказа от медицинского вмешательства (приложение 8);

1.9. Форму отказа от дачи согласия и подписания отказа от медицинского вмешательства (Приложение 9);

1.10. Форму информированного добровольного согласия на проведение профилактической прививки (Приложение 10);

1.11. Форму отказа от проведения профилактической прививки (Приложение 11).

2. Установить, что информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства оформляется:

2.1. при первом обращении за предоставлением первичной медико-санитарной помощи в автономную некоммерческую организацию «Центр профессиональной патологии и лабораторной диагностики»;

2.2. в виде документа по форме, предусмотренной настоящим приказом, на бумажном носителе, подписывается гражданином (одним из родителей или иным законным представителем) и медицинским работником, либо формируется в форме электронного документа в медицинской информационной системе АНО «Центр профессиональной патологии и лабораторной диагностики», подписывается гражданином с использованием графической подписи, а также медицинским работником с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи, и включается в медицинскую документацию пациента.

3. Руководителям структурных подразделений, оказывающих медицинскую помощь, организовать обязательное получение

информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство (отказа от медицинского вмешательства), согласия на получение медицинских услуг на платной основе, согласия законных представителей несовершеннолетнего (от 14 до 18 лет) на заключение им договора на оказание платных медицинских услуг по формам, утвержденным настоящим приказом.

4. Инженеру-программисту Административного отдела обеспечить внесение необходимых изменений в медицинскую информационную систему АНО «Центр профессиональной патологии и лабораторной диагностики».

5. Настоящий приказ вступает в силу с 01 марта 2022 года.

6. Признать утратившими силу с 01 марта 2022 года:

6.1. Приказ от 29.03.2019 № 11 «Об информированном добровольном согласии и отказе от медицинского вмешательства»;

6.2. Приказ от 19.08.2019 № 32 «О внесении изменений в приказ от 29.03.2019 № 11 «Об информированном добровольном согласии и отказе от медицинского вмешательства».

7. Контроль за исполнением приказа оставляю за собой.

Исполнительный директор



Е.Н. Горшкова

**Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства
при получении медицинской помощи в АНО «Центр профессиональной патологии и лабо-
раторной диагностики»**

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество – полностью)
" ____ " _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:
Я являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или
лица, признанного недееспособным, в отношении: _____

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, дата рождения)
проживающего по адресу: _____
(в случае проживания НЕ по месту жительства законного представителя)

в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю информированное добровольное согласие на проведение мне (лицу, представляемому мною) медицинских вмешательств, назначенных врачом в соответствии с планом обследования и лечения, из следующего перечня: опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование; антропометрические исследования; термометрия; тонометрия; неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных); рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования; диагностические и лечебные пункции, физиотерапевтические процедуры, прием таблетированных препаратов, введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно; медицинский массаж; лечебная физкультура.

Необходимость других методов обследования и лечения, не вошедших в перечень, будет мне разъяснена дополнительно.

В автономной некоммерческой организации «Центр профессиональной патологии и лабораторной диагностики» медицинским работником мне лично в доступной для меня форме даны полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной вопросы, об условиях, целях и методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных вариантах медицинских вмешательств, их последствиях, в том числе вероятности развития осложнений, а также предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Сведения о выбранных мной лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 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:

(Ф.И.О. лица, которому может быть передана информация, контактный телефон)

(Ф.И.О. лица, которому может быть передана информация, контактный телефон)

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать их прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

(подпись мед. работника) (Ф.И.О. медицинского работника, должность медицинского работника)

(подпись, ФИО пациента/ родителя или иного законного представителя)

«____» _____ Г.
(дата оформления)

Информированное добровольное согласие на отдельные виды медицинских вмешательств при получении медицинской помощи в АНО «Центр профессиональной патологии и лабораторной диагностики»

Я, _____
(фамилия, имя, отчество – полностью)
" ____ " _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:
Я являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным, в отношении: _____

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения)
Проживающего по адресу: _____
(в случае проживания НЕ по месту жительства законного представителя)

в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю информированное добровольное согласие на проведение мне (лицу, представляемому мною) медицинских вмешательств, назначенных врачом в соответствии с планом обследования и лечения (указать вид медицинского вмешательства):

Мне лично в доступной для меня форме даны полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной вопросы в автономной некоммерческой организации «Центр профессиональной патологии и лабораторной диагностики» медицинским работником об условиях, целях и методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных вариантах медицинских вмешательств, их последствиях, в том числе вероятности развития осложнений, а также предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Сведения о выбранных мной лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 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:

(Ф.И.О. лица, которому может быть передана информация, контактный телефон);

(Ф.И.О. лица, которому может быть передана информация, контактный телефон)

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать их прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

(подпись мед. работника) (Ф.И.О. медицинского работника, должность медицинского работника)

" ____ " _____ г. _____
(дата оформления) (подпись пациента/родителя или иного законного представителя)

Информированное добровольное согласие на проведение обследования на ВИЧ-инфекцию

Я, _____
(фамилия, имя, отчество – полностью)
" ____ " _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина)

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 в АНО «Центр профессиональной патологии и лабораторной диагностики». Для этой цели я соглашаюсь сдать анализ крови.

Я подтверждаю, что мне разъяснено в автономной некоммерческой организации «Центр профессиональной патологии и лабораторной диагностики» медицинским работником, почему важно пройти тестирование на ВИЧ, как проводится тест, и какие последствия может иметь тестирование на ВИЧ.

Я проинформирован о том, что:

- тестирование на ВИЧ проводится в Казенном учреждении Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Центр профилактики и борьбы со СПИД» (КУ «Центр СПИД») и других медицинских учреждениях. Тестирование по моему добровольному выбору может быть добровольным анонимным (без предъявления документов и указания имени) или конфиденциальным (при предъявлении паспорта, результат будет известен обследуемому и лечащему врачу). В государственных медицинских учреждениях тестирование на ВИЧ проводится бесплатно;

- доказательством наличия ВИЧ-инфекции является присутствие антител к ВИЧ в крови обследуемого лица. Вместе с тем, в период между заражением и появлением антител к ВИЧ (так называемое «серонегативное окно» обычно длится 3 месяца) при тестировании не обнаруживаются антитела к ВИЧ и обследуемое лицо может заразить других лиц;

- ВИЧ-инфекция передается только тремя путями:

- парентеральный – чаще всего при употреблении наркотиков, но может передаваться также при использовании нестерильного медицинского инструментария, переливания компонентов крови, нанесении татуировок, пирсинге зараженным инструментом, использовании чужих бритвенных и маникюрных принадлежностей;

- при сексуальных контактах без презерватива;

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

Результаты исследования по телефону, электронной почте, путем СМС-информирования не сообщаются. Я осведомлен(а), что в случае необходимости, сотрудники автономной некоммерческой организации «Центр профессиональной патологии и лабораторной диагностики» вправе передать образец моего биологического материала (кровь и др.) в КУ «Центр СПИД». В этом случае результаты сообщает пациенту специалист КУ «Центр СПИД» при послетестовом консультировании.

Сведения о выбранных мной лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья, в том числе после смерти:

_____;
(Ф.И.О. лица, которому может быть передана информация, контактный телефон)

(Ф.И.О. лица, которому может быть передана информация, контактный телефон)

(подпись медицинского работника) (Ф.И.О. медицинского работника, должность медицинского работника)

" ____ " _____ г.
(дата оформления)

(подпись обследуемого на ВИЧ)

**Информированное добровольное согласие пациента
на получение медицинских услуг на платной основе
в АНО «Центр профессиональной патологии и лабораторной диагностики»**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество – полностью)
" ____ " _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:
Я являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица,
признанного недееспособным, в отношении: _____

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения)
проживающего по адресу: _____,
(в случае проживания НЕ по месту жительства законного представителя)

согласна (согласен) с предложенным планом обследования и лечения и даю информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства для получения медицинской помощи в автономной некоммерческой организации «Центр профессиональной патологии и лабораторной диагностики», включенные в план обследования и лечения, на платной основе в рамках договора об оказании платных медицинских услуг № _____ от « ____ » _____ 20 ____ г., в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», пунктом 28 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006.

Мне разъяснено и понятно мое право на получение бесплатной медицинской помощи, в том числе схожих медицинских услуг, в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Я получил информацию о Перечне медицинских организаций, оказывающих аналогичные медицинские услуги на бесплатной основе, в том числе в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Я ознакомлен(а) с перечнем, стоимостью, сроками и условиями оказания и порядком оплаты медицинских услуг, предоставляемых в АНО «Центр профессиональной патологии и лабораторной диагностики», и я согласен(согласна) оплатить стоимость оказанных медицинских услуг в соответствии с действующим прейскурантом.

Мне разъяснено, что я могу получить как одну услугу, так и несколько видов услуг на платной основе. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с лечащим врачом (специалистом) выбраны виды платных медицинских услуг, которые я хочу получить в АНО «Центр профессиональной патологии и лабораторной диагностики».

Я уведомлен (а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников АНО «Центр профессиональной патологии и лабораторной диагностики», оказывающих мне платные медицинские услуги, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемых мне платных медицинских услуг, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Настоящее информированное добровольное согласие подписано мною после проведения предварительной беседы в автономной некоммерческой организации «Центр профессиональной патологии и лабораторной диагностики» медицинским работником.

Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия на оказание медицинских услуг на платной основе мною прочитан, мне понятно содержание и назначение данного документа, разъяснения предоставлены мне в доступной форме и меня удовлетворяют.

Пациент: _____
Паспорт серия: _____ номер: _____, выдан « ____ » _____ г.,
(кем выдан) _____.

Родитель или иной законный представитель: _____

Паспорт серия: _____ номер: _____, выдан «__» _____ г.
(кем выдан) _____.

(подпись мед. работника) (Ф.И.О. медицинского работника, должность медицинского работника)

"__" _____ г. _____
(дата оформления) (подпись пациента/родителя или иного законного представителя)

**Согласие законного представителя несовершеннолетнего (от 14 до 18 лет)
на заключение им договора на оказание платных медицинских услуг**

В соответствии с требованиями пункта 1 статьи 26 Гражданского кодекса РФ

Я _____
(указать Ф.И.О. представителя (родителя, усыновителя, попечителя))

Паспорт: серии _____ № _____, выдан _____

являясь законным представителем (отец, мать, усыновитель, опекун, попечитель - **нужное подчеркнуть**), _____

_____ (ФИО ребенка, год рождения)
Паспорт: серии _____ № _____, выдан _____

зарегистрированного(-ой) по адресу: _____

на основании (свидетельства о рождении, свидетельства об усыновлении, документа об опекунстве и попечительстве из органов местного самоуправления - **нужное подчеркнуть**),

даю свое согласие на заключение (подписание) несовершеннолетним Пациентом

_____ (ФИО ребенка)

договора возмездного оказания медицинских услуг с автономной некоммерческой организацией «Центр профессиональной патологии и лабораторной диагностики» (далее – Договор, Организация), а также на оплату предоставляемых по Договору медицинских услуг, либо обязуюсь оплатить оказанные услуги лично (средствами законного представителя). Я осознаю финансовую ответственность законного представителя по обязательствам несовершеннолетнего, возникшим вследствие совершенных им сделок. Ставя свою подпись, я подтверждаю, что принимаю на себя обязательства отвечать перед Организацией за исполнение Пациентом всех его обязательств по Договору в том же объеме, как и Пациент, включая погашение задолженности перед Организацией, уплату неустойки, возмещение судебных издержек по взысканию долга и других расходов Организации, вызванных неисполнением или ненадлежащим исполнением Пациентом своих обязательств по Договору.

Настоящее согласие действует в течение _____ месяцев, бессрочно (нужное подчеркнуть).

Подпись родителя/законного представителя _____ / _____ /

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
забор биоматериала на новую коронавирусную инфекцию диагностики COVID-19**

Я, _____

(Ф.И.О. гражданина)

«__» _____ г. рождения, зарегистрированный (ая) по адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

в соответствии со ст. 20, 22 ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю информированное добровольное согласие на забор биоматериала на новую коронавирусную инфекцию COVID-19: в автономной некоммерческой организации «Центр профессиональной патологии и лабораторной диагностики».

Медицинским работником в автономной некоммерческой организации «Центр профессиональной патологии и лабораторной диагностики» в доступной для меня форме разъяснены цели, метод проведения медицинского вмешательства, связанный с ним риск, последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты проведения медицинского вмешательства.

Я проинформирован(а), что забор материала будет осуществлять медицинский работник автономной некоммерческой организации «Центр профессиональной патологии и лабораторной диагностики», обученный требованиям и правилам биологической безопасности при работе с материалом определенной группы патогенности.

Решение подвергнуться проведению настоящей диагностической процедуры является моим собственным, оно было принято без принуждения или навязывания чьей-либо воли или мысли.

Я сообщил(а) достоверные сведения о наличии у меня сопутствующих заболеваний и операций, перенесенных ранее, перечислил(а) все жалобы и особые реакции на лекарственные препараты.

Я предупрежден(а) о том, что при выявлении у меня положительного результата исследования на коронавирусную инфекцию сотрудниками автономной некоммерческой организации «Центр профессиональной патологии и лабораторной диагностики» будет направлено экстренное извещение в Управление Роспотребнадзора по Ханты-Мансийскому автономному округу – Югре (ФЗ от 30.03.1999 № 52 «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», п.24 СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней», постановление Правительства России от 31.01.2020 № 66 «О внесении изменений в перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих»).

Я уведомлен(а), что в соответствии с п. 2 ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» каждый имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также на получение платных медицинских услуг и иных услуг, в том числе согласно договору добровольного медицинского страхования.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья, в том числе после смерти:

_____ (Ф.И.О. лица, которому может быть передана информация, контактный телефон)

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать их прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

«__» _____
(дата заполнения)

_____ (подпись гражданина)

_____ (Ф.И.О. гражданина)

«__» _____
(дата оформления)

_____ (подпись, Ф.И.О. медицинского работника, должность медицинского работника)

Информированное добровольное согласие законного представителя несовершеннолетнего на медицинское вмешательство забор биоматериала на новую коронавирусную инфекцию COVID-19
Я _____

(указать Ф.И.О. представителя (родителя, усыновителя, опекуна, попечителя))

Паспорт: серии _____ № _____, выдан _____

зарегистрированный(ая) по адресу: _____,
являясь законным представителем (отец, мать, усыновитель, опекун, попечитель - **нужное подчеркнуть**)
ребенка или лица, не достигшего возраста 15 лет, или признанного недееспособным в отношении:

_____ (ФИО ребенка полностью, дата рождения)

на основании (свидетельства о рождении, свидетельства об усыновлении, документа об опекунстве и попечительстве из органов местного самоуправления - **нужное подчеркнуть**), в соответствии со ст. 20, 22 ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю информированное добровольное согласие на забор биоматериала на новую коронавирусную инфекцию.

Медицинским работником работник автономной некоммерческой организации «Центр профессиональной патологии и лабораторной диагностики» в доступной для меня форме разъяснены цели, метод проведения медицинского вмешательства, связанный с ним риск, последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты проведения медицинского вмешательства.

Я проинформирован(а), что забор материала у ребенка или лица, не достигшего возраста 15 лет, или признанного недееспособным, будет осуществлять медицинский работник автономной некоммерческой организации «Центр профессиональной патологии и лабораторной диагностики», обученный требованиям и правилам биологической безопасности при работе с материалом определенной группы патогенности.

Решение подвергнуть подопечного проведению настоящей диагностической процедуры было принято без принуждения или навязывания чьей-либо воли или мысли.

Я сообщил(а) достоверные сведения о наличии у ребенка или лица, признанного недееспособным сопутствующих заболеваний и операций, перенесенных ранее, перечислил(а) все жалобы и особые реакции на лекарственные препараты.

Я предупрежден(а) о том, что при выявлении у ребенка или лица, не достигшего возраста 15 лет или признанного недееспособным, положительного результата исследования на коронавирусную инфекцию сотрудниками автономной некоммерческой организации «Центр профессиональной патологии и лабораторной диагностики» будет направлено экстренное извещение в Управление Роспотребнадзора по Ханты-Мансийскому автономному округу – Югре (ФЗ от 30.03.1999 № 52 «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», п.24 СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней», постановление Правительства России от 31.01.2020 № 66 «О внесении изменений в перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих»).

Я уведомлен(а), что в соответствии с п. 2 ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» каждый имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также на получение платных медицинских услуг и иных услуг, в том числе согласно договору добровольного медицинского страхования.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать их прекращения ребенку или лицу, не достигшего возраста 15 лет, или признанного недееспособным, за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

« _____ »
(дата заполнения) (подпись гражданина или законного представителя гражданина) (Ф.И.О. гражданина)

« _____ »
(дата оформления) (подпись, Ф.И.О. медицинского работника, должность медицинского работника)

Отказ от медицинского вмешательства

Я, _____
(фамилия, имя, отчество – полностью)
" __ " _____ года рождения, зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина)

*Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:
Я являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица,
признанного недееспособным, в отношении: _____

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения)
проживающего по адресу: _____,
(в случае проживания НЕ по месту жительства законного представителя)*

настоящим отказываюсь от медицинского вмешательства при получении медицинской помощи в автономной некоммерческой организации «Центр профессиональной патологии и лабораторной диагностики» в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»:

(указать виды медицинских вмешательств)

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

(указываются возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния))

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

(подпись мед. работника) (Ф.И.О. медицинского работника, должность медицинского работника)

(подпись гражданина/родителя или иного законного представителя)

" ____ " _____ Г
(дата оформления)

Отказ от дачи согласия и подписания отказа от медицинского вмешательства

Пациенту _____ в доступной форме разъяснены
(Ф.И.О)
возможные последствия отказа от медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложне-
ний заболевания (состояния) в виде _____

(возможные последствия, осложнения)

От подписи бланка «Отказ от медицинского вмешательства» отказался (отказалась):

Консилиум врачей в составе:

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

Дополнительная информация:

" ____ "

20__

года

**Информированное добровольное согласие на проведение профилактической прививки
в АНО «Центр профессиональной патологии и лабораторной диагностики»**

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

" ____ " _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным, в отношении: _____

_____ (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения)

Проживающего по адресу: _____

(в случае проживания НЕ по месту жительства законного представителя)

в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю информированное добровольное согласие на проведение мне (лицу, представляемому мною) профилактической прививки (указать название профилактической прививки): _____

Наличие беременности (графа заполняется лицами женского пола) _____

(указывается да/нет)

Мне лично, в доступной для меня форме даны полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной вопросы в автономной некоммерческой организации «Центр профессиональной патологии и лабораторной диагностики» медицинским работником о характере предстоящей прививки, возможном развитии неприятных ощущений и реакции на прививку, а также неблагоприятных последствиях в поствакцинальном периоде (общее недомогание и повышение температуры тела, болезненность, покраснение и отечность в месте инъекции, аллергические реакции).

Я предупрежден(а) о последствиях отказа от проведения профилактической прививки: в соответствии с пунктом 2 статьи 5 Федерального закона от 17.09.1998 №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 работу или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями.

Сведения о выбранных мной лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состояния лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

_____ ;
(Ф.И.О. лица, которому может быть передана информация, контактный телефон)

_____ .
(Ф.И.О. лица, которому может быть передана информация, контактный телефон)

" ____ " _____ г.
(дата оформления)

_____ (подпись пациента/родителя или иного законного представителя)

" ____ " _____ г.
(дата проведения вакцинации)

_____ (Ф.И.О. медицинского работника, должность медицинского работника, выполнившего вакцинацию)

**Отказ от проведения профилактической прививки
в АНО «Центр профессиональной патологии и лабораторной диагностики»**

Я,

_____ (фамилия, имя, отчество – полностью)
" __ " _____ года рождения, зарегистрированный по адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным, в отношении: _____, (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения) проживающего по адресу: _____, (в случае проживания НЕ по месту жительства законного представителя)

настоящим отказываюсь от проведения профилактической прививки в автономной некоммерческой организации «Центр профессиональной патологии и лабораторной диагностики» в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»:

_____ (указать название профилактической прививки)

Мне лично в доступной для меня форме, медицинским работником, разъяснены возможные последствия отказа от проведения профилактической прививки, в том числе вероятность развития заболевания.

_____ (указываются возможные последствия отказа от профилактической прививки, в том числе вероятность развития заболевания)

Я предупрежден (а) о последствиях отказа от проведения профилактической прививки: в соответствии с пунктом 2 статьи 5 Федерального закона от 17 сентября 1998 года, №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 работу или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями.

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в проведении профилактической прививки, в отношении которой оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на проведение профилактической прививки.

_____ (подпись мед. работника) _____ (Ф.И.О. медицинского работника, должность медицинского работника)

" __ " _____ г. _____ (дата оформления) _____ (подпись пациента/родителя или иного законного представителя)