



## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ 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)

в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» (далее – Закон № 323) и Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2021 года № 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» (далее – Приказ № 1051н) даю информированное добровольное согласие на осуществление, (в том числе в случае госпитализации в отделение \_\_\_\_\_) в отношении меня видов медицинского вмешательства, перечень которых предусмотрен Приказом от 23 апреля 2012 года № 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» (далее – Приказ № 390н), в том числе:

- Опрос (выявление жалоб, сбор анамнеза), осмотр, пальпация, перкуссия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование, антропометрические исследования, термометрия, тонометрия; лабораторные, функциональные и рентгенологические методы обследования, введение лекарственных препаратов по назначению врача, а также иные виды медицинского вмешательства.

- Я подтверждаю, что получила полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания, а также о необходимости и целесообразности проведения видов медицинского вмешательства, перечисленных в Приказе № 390н при моем состоянии здоровья и текущем диагнозе, в том числе на переливание крови и ее компонентов в случае возникновения такой необходимости и последствиях переливания.

- Я обязуюсь своевременно информировать медицинских работников о любых изменениях самочувствия и состоянии моего здоровья, а также обязуюсь строго выполнять все предписания, рекомендации специалистов, оказывающих мне в данном лечебном учреждении медицинскую помощь, в том числе о необходимости регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения и необходимости согласования с врачом приема любых, не прописанных лекарств.

- Я информирован (а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне делать во время их проведения.

- Я предупрежден (а) и осознаю, что отказ от лечения, 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 (а) 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 средствах.

- Я сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств \_\_\_\_\_.

- Мне разъяснено, и я осознаю, что при условии строжайшего соблюдения соответствующих норм и правил проведения вмешательства нет 100-процентной гарантии предотвращения возможных осложнений.

- Я согласен (а), в случае необходимости, на перевод меня (в целях улучшения состояния здоровья) в другое отделение и (или) лечебное учреждение.

- Мне в доступной форме и заблаговременно доведена информация о каждом из предстоящих хирургических вмешательств, их этапах, способах их проведения, о целях, методах медицинской помощи, возможном связанном риске, возможных вариантах медицинских вмешательств, их последствиях, формах болезненности, длительности проведения, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, в том числе: \_\_\_\_\_.

- Я ознакомлен (а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении, и обязуюсь их соблюдать на протяжении всего времени пребывания.

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

- Мне разъяснена информация о том, что любое медицинское вмешательство связано с риском для здоровья, в том числе могут возникнуть обстоятельства, требующие изменения способа лечения. В данной ситуации я даю согласие своему лечащему врачу и его ассистентам на проведение любых медицинских манипуляций в целях улучшения моего состояния здоровья.

- Мне разъяснено о праве на отказ от медицинского вмешательства, предусмотренный положениями статьи 20 Закона № 323. В случае такого отказа я не буду иметь претензий к качеству оказанных мне медицинских услуг.

- Мне разъяснено, что в случае моего отказа от медицинского вмешательства возможны негативные последствия в развитии моего заболевания, в том числе: \_\_\_\_\_.

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

- Я разрешаю посещение в лечебном учреждении представляемого ребенка или лица, признанного недееспособным, следующим гражданам: \_\_\_\_\_.

Я получил (а) от сотрудников БУЗОО «КМХЦ МЗОО» полную информацию о новой коронавирусной инфекции (COVID-19), возможностях и последствиях заражения COVID-19, в соответствии с Федеральным законом «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», пунктом 3.2 статьи 6 Закона Омской области «О защите населения и территорий Омской области от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера», предупрежден (а) о соблюдении мер профилактики, направленных на предотвращение распространения COVID-19 и обязуюсь строго соблюдать все, разъясненные мне, меры безопасности.

Мне разъяснено и я осознаю, что БУЗОО «КМХЦ МЗОО» предпринимаются все необходимые меры для предотвращения заражения и распространения COVID-19, однако понимаю, что невозможно полностью исключить риск заражения COVID-19.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

\_\_\_\_\_  
Подпись пациента/  
(законного представителя)

Пациент (Законный представитель) расписался в моем присутствии:

\_\_\_\_\_  
(Должность, И.О. Фамилия)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

#### Примечание:

Согласие на медицинское вмешательство (лечение) 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.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения неотложна, а также при отсутствии у пациента законных представителей 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.

Дополнительная информация:

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

\_\_\_\_\_  
(Подпись пациента/законного представителя)

Пациент (Законный представитель) расписался в моем присутствии:

\_\_\_\_\_  
(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\_\_ года