



ПРАВИТЕЛЬСТВО САНКТ-ПЕТЕРБУРГА
КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«РОДИЛЬНЫЙ ДОМ № 6 им. проф. В.Ф. СНЕГИРЕВА»

ПРИКАЗ

22.08.2024

№ 236-О

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

Руководствуясь Федерального законом от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2021 г. № 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» и от 19 декабря 2003 г. N 606 « Об утверждении Инструкции по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку и образца информированного согласия на проведение химиопрофилактики ВИЧ», от 27 июля 2022 г. № 508н «Об утверждении Порядка дачи письменного информированного добровольного согласия на трансплантацию органов и (или) тканей человека, формы письменного информированного добровольного согласия на трансплантацию органов и (или) тканей человек»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1. Порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинского вмешательства, согласно приложению 1.

1.2. Форму информированного добровольного согласие в отношении определенных видов медицинского вмешательства, при оказании первичной медико-санитарной помощи согласно, согласно приложению 2.

1.3. Форму отказа от медицинского вмешательства, при оказании первичной медико-санитарной помощи согласно приложению 3.

1.4. Форму информированного добровольного согласие в отношении определенных видов медицинского вмешательства, при оказании специализированной медицинской помощи согласно, согласно приложению 4.

1.5. Форму отказа от медицинского вмешательства, при оказании специализированной медицинской помощи, согласно приложению 5.

1.6. Форму информированного добровольного согласия на проведение профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребёнку во время беременности, родов и новорождённому, согласно приложению 6.

1.7. Форму информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство - проведение неонатального скрининга несовершеннолетнему, согласно приложению 7.

1.8. Форму информированного добровольного согласие на медицинское вмешательство проведение профилактических прививок несовершеннолетнему, согласно приложению 8.

1.9. Форму информированного добровольного согласия на проведение медицинского вмешательства несовершеннолетнему, согласно приложению 9.

1.10. Форму информированного добровольного согласия на трансплантацию органов и (или) тканей человека согласно приложению 10.

1.11. Форму отказа от медицинского вмешательства- трансплантации органов и (или) тканей человека, согласно приложению 11.

1.12. Общую Форму информированного добровольного согласия на отельный вид медицинского вмешательства , согласно приложению 12.

1.13. Форму информированного добровольного согласия на вид медицинского вмешательства – хирургическая стерилизация, согласно приложению 13.

1.14. Форму информированного добровольного согласия на вид медицинского вмешательства – лапаротомия/релапаротомия, согласно приложению 14.

1.15. Форму информированного добровольного согласия на вид медицинского вмешательства – вагинальное оперативное родоразрешение (акушерские щипцы/вакуум-экстракция плода), согласно приложению 15.

1.16. Форму информированного добровольного согласия на вид медицинского вмешательства – гистерэктомия, согласно приложению 16.

1.17. Форму информированного добровольного согласия на вид медицинского вмешательства – удаление придатков, согласно приложению 17.

1.18. Общую Форму отказа от медицинского вмешательства, согласно приложению 18.

2. Заведующей канцелярией ознакомить с приказом, под подпись, сотрудников СПбГБУЗ «Родильный дом № 6 им. проф. В.Ф. Снегирева», наделенных властными либо организационно-распорядительными полномочиями.

3. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на Заместителя Главного врача по медицинской части Логинова А.Б.

Главный врач СПб ГБУЗ

«Родильный дом № 6 им. проф. В.Ф. Снегирева»


М. С. Зайнулина

Порядок
дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и
отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов
медицинского вмешательства

1. Для целей настоящего Порядка используются следующие основные понятия:

1.1. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (ИДС) - это документальное подтверждение необходимой процедуры - информирования пациента, подтверждающая согласие пациента или его законного представителя на конкретное медицинское вмешательство.

1.2. Пациент - физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния.

1.3. Законные представители - родители, усыновители, опекуны или попечители несовершеннолетнего подозреваемого, обвиняемого либо потерпевшего, представители учреждений или организаций, на попечении которых находится несовершеннолетний подозреваемый, обвиняемый либо потерпевший, органы опеки и попечительства.

1.4. Первичная медико-санитарная помощь – медицинская помощь, оказываемая в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, в плановой и неотложной форме врачами специалистами и включающая в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

1.5. Специализированная медицинская помощь – медицинская помощь, оказываемая в стационарных условиях и в условиях дневного стационара врачами-специалистами и включающая в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (в том числе в период беременности, родов и послеродовой период), которые требуют использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также в случае проведения медицинской реабилитации.

2. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390 н, а также на виды медицинских вмешательств, для получения специализированной медицинской помощи и

отказ от видов медицинских вмешательств, дается гражданином либо одним из родителей или иным законным представителем в отношении лиц, указанных в пункте 3 настоящего Порядка.

3. Информированное добровольное согласие дает один из родителей или иной законный представитель в отношении лица, не достигшего возраста, установленного частью 5 статьи 47 и частью 2 статьи 54 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон), или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство;

4. Информированное добровольное согласие оформляется при обращении в СПб ГБУЗ «Родильный дом № 6 им. проф. В.Ф. Снегирева» за предоставлением первичной медико-санитарной помощи либо специализированной медицинской помощи.

5. Перед оформлением информированного добровольного согласия лечащим врачом либо иным медицинским работником гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, указанного в пункте 3 настоящего Порядка, предоставляется в доступной для него форме полная информация о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах видов медицинских вмешательств, о последствиях этих медицинских вмешательств, в том числе о вероятности развития осложнений, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

5. При отказе от медицинского вмешательства в отношении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, указанного в пункте 3 настоящего Порядка, в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния).

6. Информированное добровольное согласие оформляется в виде документа на бумажном носителе по форме, предусмотренной приложениями 2 и 4 к настоящему приказу, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в пункте 3 настоящего Порядка, медицинским работником либо формируется в форме электронного документа, подписанного гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в пункте 3 настоящего Порядка, с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи или простой электронной подписи посредством применения единой системы идентификации и аутентификации (далее - ЕСИА), а также медицинским работником с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи, и включается в медицинскую документацию пациента.

7. Гражданин или его законный представитель, указанный в пункте 3 настоящего Порядка, при оформлении информированного добровольного согласия вправе определить лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья, в том числе после его смерти.

8. Гражданин, один из родителей или иной законный представитель лица, указанного в пункте 3 настоящего Порядка, имеет право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их)

прекращения (в том числе в случае, если было оформлено информированное добровольное согласие), за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона.

9. Отказ от медицинского вмешательства оформляется в виде документа на бумажном носителе по форме, предусмотренной приложениями 3 и 5 к настоящему приказу, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в пункте 3 настоящего Порядка, медицинским работником либо формируется в форме электронного документа, подписанного гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в пункте 2 настоящего Порядка, с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи или простой электронной подписи посредством применения ЕСИА, а также медицинским работником с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи, и включается в медицинскую документацию пациента.

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

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

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

**Информированное
добровольное согласие на медицинское вмешательство при оказании первичной
медико-санитарной помощи**

Я, _____ « _____ » г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента либо законного представителя)

Зарегистрированная(ый) по адресу: _____
(адрес регистрации пациента либо законного представителя)

проживающая(ий) по адресу: _____,
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

данный раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан
Я, _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) – полностью)
паспорт: _____ (серия, номер паспорта)
выдан: _____ (наименование учреждения, выдавшего паспорт)
_____ (дата выдачи паспорта)
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: (ненужное зачеркнуть)

(Ф.И.О. (при наличии) ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год и дата рождения)

зарегистрированного по адресу:

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

Даю письменное информированное добровольное согласие на следующие виды медицинских вмешательств при оказании мне, лицу, законным представителем которого я являюсь (**ненужное зачеркнуть**), первичной медико-санитарной помощи в Санкт-Петербургском Государственном Бюджетном Учреждении Здравоохранения «Родильный дом № 6 им. проф. В. Ф. Снегирева»:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза, консультирование.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование, 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, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно.
13. Биопсия шейки матки.
14. Радиоволновое вскрытие кисты влагалища
15. Биопсия вульвы.
16. Деструкция(санация) шейки матки.
17. Лазерная хирургия при новообразованиях женских половых органов - лазерная вапоризация шейки матки.
18. Пайпель- биопсия эндометрия.
19. Разведение синехий половых губ.
20. Радиоволновое удаление образований шейки матки и промежности
21. Установка внутриматочной спирали.
22. Установка гормонального противозачаточного имплантата подкожного применения, препятствующего наступлению беременности.

Медицинским работником _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, специальность, квалификационная категория по специальности)

Мне, в доступной для меня форме:

- разъяснены цели и 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;
- разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального

закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

На все заданные вопросы мною получены удовлетворившие меня ответы.

Я поставила (поставил) в известность медицинского работника обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем, состоянием здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (**ненужное зачеркнуть**) в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне (представляемому) травмах, операциях, заболеваниях, в том числе 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. Сообщила (сообщил) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

(подпись) фамилия, имя, отчество(при наличии) пациента либо законного представителя

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

« _____ » _____ 20 _____ г.

ОТКАЗ
от медицинского вмешательства
при оказании первичной медико-санитарной помощи

Я, _____ « ____ » _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения пациента либо законного представителя)

Зарегистрированная (ый) по адресу: _____
(адрес места жительства пациента либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____,
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

данный раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан
Я, _____ (фамилия, имя, отчество(при наличии) – полностью)
паспорт: _____ (серия, номер паспорта)
выдан: _____ (наименование учреждения, выдавшего паспорт)
_____ (дата выдачи паспорта)
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: (ненужное зачеркнуть)
_____ (Ф.И.О. (при наличии) ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год и дата рождения)
_____ зарегистрированного по адресу: (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

при оказании мне, лицу, законным представителем которого я являюсь (**ненужное зачеркнуть**) первичной медико-санитарной помощи в Санкт-Петербургском Государственном Бюджетном Учреждении здравоохранения «Родильный дом № 6 им. проф. В.Ф. Снегирева», отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств:

(наименование вида медицинского вмешательства)

Медицинским работником: _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, специальность,

квалификационная категория по специальности)

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 вышеуказанного (вышеуказанных) вида (видов) медицинского вмешательства, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния))

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

(подпись)

(фамилия, имя, отчество(при наличии) пациента или законного представителя)

(подпись)

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

« _____ » _____ 20 _____ г.

Информированное

добровольное согласие на медицинское вмешательство при оказании специализированной медицинской помощи

Я, _____ « _____ » г. рождения,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента либо законного представителя)

зарегистрированный по адресу: _____

(адрес регистрации пациента либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

данный раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан

Я, _____

(фамилия, имя, отчество(при наличии) – полностью)

паспорт: _____

(серия, номер паспорта)

выдан: _____

(наименование учреждения, выдавшего паспорт)

(дата выдачи паспорта)

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)
ребенка или лица, признанного недееспособным: (**ненужное зачеркнуть**)

(Ф.И.О. (при наличии) ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год и дата рождения)

зарегистрированного по адресу:

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

Даю письменное информированное добровольное согласие для получения специализированной медицинской помощи мне, лицу, законным представителем которого я являюсь (**ненужное зачеркнуть**) в Санкт-Петербургском Государственном Бюджетном Учреждении Здравоохранения «Родильный дом № 6 им. проф. В.Ф. Снегирева», на следующие виды медицинских вмешательств:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза, консультирование .

2. Осмотр, осмотр мягких родовых путей при беременности, в родах и после родов, в том числе пальпация, перкуссия, вагинальное исследование, 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, УЗИ, доплерометрия, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно, постановка внутривенного катетера.
13. Амниотомия.
14. Эпизиотомия.
15. Ручное обследование полости матки, отделение доли плаценты, плаценты, оболочек.
16. Антибактериальная терапия.
17. Родостимулирующая терапия в родах.
18. Инструментальное обследование полости матки.
19. Кесарево сечение.
20. Консервативная миомэктомия
21. Лечебная физкультура.

Медицинским работником _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, специальность, квалификационная категория по специальности)

Мне, в доступной для меня форме:

- разъяснены цели и 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;
- разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов

медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

На все заданные вопросы мною получены удовлетворившие меня ответы.

Я поставила (поставил) в известность медицинского работника обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем, состоянием здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (**ненужное зачеркнуть**) в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне (представляемому) травмах, операциях, заболеваниях, в том числе 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. Сообщила (сообщил) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента законного представителя)

(подпись)

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

« _____ » _____ 20 ____ г.

ОТКАЗ
от медицинского вмешательства
при оказании специализированной медицинской помощи

Я, _____ « ____ » _____ Г.
рождения,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения пациента либо законного представителя)

зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства пациента либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

данный раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан
Я, _____ (фамилия, имя, отчество(при наличии) – полностью)
паспорт: _____ (серия, номер паспорта)
выдан: _____ (наименование учреждения, выдавшего паспорт)
_____ (дата выдачи паспорта)
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: (ненужное зачеркнуть)

_____ (Ф.И.О. (при наличии) ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год и дата рождения)
_____ зарегистрированного по адресу:
_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

при оказании мне, лицу, законным представителем которого я являюсь **(ненужное зачеркнуть)** специализированной медицинской помощи в Санкт-Петербургском Государственном Бюджетном Учреждении здравоохранения «Родильный дом № 6 им. проф. В.Ф. Снегирева», отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств:

(наименование вида медицинского вмешательства)

Медицинским работником: _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, специальность, квалификационная категория по специальности)

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 вышеуказанного (вышеуказанных) вида (видов) медицинского вмешательства, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния))

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

(подпись) (фамилия, имя, отчество(при наличии) пациента или законного представителя)

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

« _____ » _____ 20 _____ г.

Информированное

добровольное согласие на проведение профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребёнку во время беременности, родов и новорождённому

Я, _____ « ____ » _____ г. рождения,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения пациента либо законного представителя)

зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства пациента либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

Даю добровольное согласие на приём лекарственных препаратов, направленных на предотвращение заражения моего будущего ребёнка вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ).

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

Я проинформирована, что:

- назначаемые мне препараты необходимы для предотвращения заражения моего будущего ребёнка ВИЧ во время беременности и родов;

- назначенные мне препараты должны подавлять размножение ВИЧ в моем организме и предотвратить его проникновение в организм моего будущего ребёнка;

- чем лучше я буду соблюдать режим приема препаратов, тем меньше вероятность, что мой будущий ребёнок будет заражен;

- тем не менее, даже при абсолютном соблюдении мною всех правил приёма препаратов, полной гарантии предотвращения заражения моего будущего ребёнка нет. Риск, что он родится зараженным, составляет до 3 %. При отсутствии профилактики или нарушении мною режима приёма антиретровирусных препаратов риск инфицирования ребёнка возрастает до 40 %;

- все назначаемые мне и моему будущему ребёнку антиретровирусные препараты разрешены к применению в РФ;

- назначаемые мне и моему будущему ребёнку антиретровирусные препараты могут вызывать нежелательные явления, о которых я информирована;

- если вследствие проведения профилактики возникнет угроза моему здоровью, я буду проинформирована об этом для принятия мною решения о целесообразности дальнейшего её проведения;

– если вследствие проведения профилактики возникнет угроза моей жизни или жизни моего будущего ребёнка, профилактика может быть прекращена по решению лечащего врача. В этом случае мне должны быть разъяснены причины этого решения;

– я информирована о том, что мой отказ от профилактики является прямой угрозой здоровью и жизни моего будущего ребёнка;

– после родов я не должна прикладывать моего ребёнка к груди и кормить его моим грудным молоком, так как это повысит риск его заражения ВИЧ-инфекцией.

Я обязуюсь:

– проходить медицинское обследование для контроля над действием назначенных мне антиретровирусных препаратов по установленному графику, сдавать кровь для определения вирусной нагрузки ВИЧ и уровня иммунного статуса;

– принимать назначенные мне антиретровирусные препараты строго в соответствии с предписанием лечащего врача; – сообщать лечащему врачу обо всех нарушениях в приеме антиретровирусных препаратов или прекращении их приема по каким-либо причинам;

- сообщать лечащему врачу о всех изменениях в состоянии моего здоровья и делать это незамедлительно (в течение суток), если я считаю, что эти изменения связаны с приемом назначенных мне препаратов;

– не принимать, не посоветовавшись с лечащим врачом, назначившим мне профилактику, какие-либо другие лекарственные препараты. Если же приём этих лекарств неизбежен, обязательно сообщать об этом лечащему врачу.

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):

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента или законного представителя)

(подпись)

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

« _____ » _____ 20 ____ г.

Информированное

добровольное согласие на медицинское вмешательство - проведение неонатального скрининга несовершеннолетнему

Я, _____ « _____ » г. рождения,
(фамилия, имя, отчество законного представителя)

Зарегистрированная(ый) по адресу: _____
(адрес регистрации законного представителя)

Проживающая(ий) по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

данный раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан	
Я, _____	(фамилия, имя, отчество(при наличии) – полностью)
паспорт: _____	(серия, номер паспорта)
выдан: _____	(наименование учреждения, выдавшего паспорт)
_____	(дата выдачи паспорта)
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: (ненужное зачеркнуть)	

(Ф.И.О. (при наличии) ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год и дата рождения ,)	

зарегистрированного по адресу:	

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)	

Даю письменное информированное добровольное согласие на следующие виды медицинских вмешательств при оказании моему ребенку, законным представителем которого я являюсь, медицинской помощи в Санкт-Петербургском Государственном Бюджетном Учреждении Здравоохранения «Родильный дом № 6 им. проф. В. Ф. Снегирева»:

- скринингового исследования на муковисцидоз, аденогенитальный синдром, врожденный гипотиреоз, дефицит биотинидазы, галактоземию, наследственные заболевания обмена веществ, спинальную мышечную атрофию, первичные иммунодефициты (далее — скрининговое исследование);

- на получение информации от врача о скрининговом исследовании любыми из указанных выше способов, включая открытые каналы связи (телефон, электронная почта) при положительном результате теста или необходимости дополнительных исследований;

- на хранение образцов пятен крови и/или выделенной ДНК ребёнка, полученных в ходе данного исследования, для проведения дополнительных исследований в случае необходимости;

- на использование образцов пятен крови ребёнка и/или выделенной ДНК (в анонимном виде) для проведения научных исследований;

- на предоставление результатов скринингового исследования специалистам медико-генетической службы (ФГБНУ «МГНЦ им. акад. Н.П. Бочкова», Центра расширенного неонатального скрининга, региональной медико-генетической консультации) и/или детской поликлиники или стационара по месту рождения или пребывания ребёнка, а также главным специалистам по профилю заболевания, а также подтверждаю, что в случае необходимости повторного исследования или выявления высокого риска наличия заболевания, вышеуказанные специалисты смогут связаться со мной;

Медицинским работником: _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, специальность, квалификационная категория по специальности)

Мне, в доступной для меня форме:

- разъяснены цели и 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;

- разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

На все заданные вопросы мною получены удовлетворившие меня.

Я:

- получил(а) и прочитал(а) «Памятку для родителей новорождённых детей» и подтверждаю, что мне понятно значение всех терминов и информации, изложенных в ней;

- был(а) проинформирован(а) о порядке проведения скрининговых исследований, сроках готовности результата и ограничениях скрининговых исследований, а также, что в случае высокого риска наличия заболевания у ребёнка, выявленного в результате скринингового исследования, необходимо проведение дополнительных подтверждающих исследований, что потребует дополнительного обследования ребёнка, а также при некоторых заболеваниях обследования родителей ребёнка;

- осознаю, что исследование может быть не проведено по техническим причинам (о чем мне будет сообщено дополнительно или его результаты могут быть недостоверными вследствие ограничений методики, и я обговорил(а) с лечащим врачом все вероятные риски, которые могут быть с этим связаны;

- предупрежден(а) о том, что в исключительных случаях может потребоваться повторное взятие крови на тест-бланк и/или образца цельной крови, предоставление образца мочи и ,что при необходимости повторного взятия крови или проведения уточняющей (подтверждающей) диагностики, отказ или задержка выполнения этих процедур, возникшая по моей вине, может негативно повлиять на состояние здоровья ребёнка;

- имел(а) возможность обсудить со специалистом медицинского учреждения, где будет осуществляться забор крови, все интересующие меня вопросы о скрининговом исследовании и получил(а) удовлетворяющие меня, исчерпывающие и однозначные ответы;

- понимаю суть вышеизложенного, не имею претензий к специалисту (медицинскому работнику) относительно доступности и объёма предоставленной мне информации.

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество медицинского работника)

« _____ » _____ 20 ____ г.

**Информированное
добровольное согласие на медицинское вмешательство
проведение профилактических прививок несовершеннолетнему**

Я, _____ « _____ » г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя)

Зарегистрированная(ый по адресу: _____
(адрес регистрации законного представителя)

Проживающая(ий) по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

данный раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан
Я, _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) – полностью)
паспорт: _____ (серия, номер паспорта)
выдан: _____ (наименование учреждения, выдавшего паспорт)
_____ (дата выдачи паспорта)
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: (ненужное зачеркнуть)

_____ (Ф.И.О. (при наличии) ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год и дата рождения)
_____ зарегистрированного по адресу:
_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

Даю письменное, информированное добровольное согласие на следующие виды медицинских вмешательств при оказании моему ребенку, законным представителем которого я являюсь, медицинской помощи в Санкт-Петербургском Государственном Бюджетном Учреждении Здравоохранения «Родильный дом № 6 им. проф. В. Ф. Снегирева»:

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПРИВИВКИ

- против Гепатита В

-БЦЖ

(название прививки)

Медицинским работником: _____

фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, специальность, квалификационная категория по специальности)

Мне, в доступной для меня форме:

- разъяснены цели и 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 ,в том числе:

- что профилактическая прививка – это введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням;

- о необходимости проведения профилактической прививки, возможных поствакцинальных осложнения, последствиях отказа от нее;

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

- о необходимости выполнения предписаний медицинских работников.

На все заданные вопросы мною получены удовлетворившие меня.

Я проинформирована о том, что в соответствии с пункта 2 статьи 5 Федерального закона от 17.09.1998 г. №157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней», отсутствие профилактических прививок влечет:

- запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок;

- временный отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;

- отказ в приеме граждан на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями (Перечень работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требуется обязательного проведения профилактических прививок, устанавливается уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти.)

- что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя)

(подпись)

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

« _____ » _____ 20__ г.

**Информированное
добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства
несовершеннолетнему**

Я, _____ « _____ » г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя)

Зарегистрированная(ый) по адресу: _____
(адрес регистрации законного представителя)

Проживающая(ий) по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

<small>данный раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан</small>
Я, _____ (фамилия, имя, отчество(при наличии) – полностью)
паспорт: _____ (серия, номер паспорта)
выдан: _____ (наименование учреждения, выдавшего паспорт)

(дата выдачи паспорта)
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: (ненужное зачеркнуть)

(Ф.И.О. (при наличии) ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год и дата рождения)

зарегистрированного по адресу

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

Даю письменное, информированное добровольное согласие на следующие виды медицинских вмешательств при оказании моему ребенку, законным представителем которого я являюсь, медицинской помощи в Санкт-Петербургском Государственном Бюджетном Учреждении Здравоохранения «Родильный дом № 6 им. проф. В. Ф. Снегирева»:

1. Назначение докорма адаптивной смесью.

2. Проведение забора крови, мочи и других биологических материалов для лабораторного исследования.
3. Проведение аудиологического скрининга.
4. Постановка газоотводной трубки и очистительной клизмы.
5. Назначение антибактериальной терапии.
6. Назначение медикаментозной терапии в соответствии с имеющимся у ребёнка состоянием (заболеванием).
7. Внутримышечное и внутривенное введение лекарственных средств.
8. Гемостатическая терапия.
9. Фототерапия.
10. Катетеризация периферических вен.
11. Инфузионная терапия (микроструйное введение растворов).
12. Проведение искусственной вентиляции легких.
13. Постановка пупочного катетера.
14. Введение препаратов сурфактанта.
15. Функциональные исследования.
16. Рентгенологические исследования.

Медицинским работником: _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, специальность, квалификационная категория по специальности)

Мне, в доступной для меня форме:

- разъяснены цели и 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.

- разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

- разъяснено, что в ходе выполнения медицинского вмешательства, может возникнуть необходимость других вмешательств, исследований, операций, лечебных мероприятий, не перечисленных выше. Я доверяю медицинскому персоналу СПб ГБУЗ «Родильного дома №6» принять соответствующее профессиональное решение и выполнить любые действия, которые врач сочтет необходимым.

Я подтверждаю, что имела возможность обсудить с врачом все интересующие меня вопросы по поводу медицинского вмешательства, на все заданные вопросы мною получены удовлетворившие меня.

Я согласна:

на перевод моего ребенка на детский пост для наблюдения и (или) лечения:

На перевод моего ребенка в профильное отделение детской больницы № ____ для обследования и лечения _____

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя)

(подпись)

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

« _____ » _____ 20 ____ г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ

добровольное согласие на трансплантацию органов и (или) тканей человека

Я, _____ « _____ » г. рождения,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) реципиента либо законного представителя)

зарегистрированный по адресу: _____

(адрес регистрации реципиента либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

данный раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан

Я, _____

(фамилия, имя, отчество(при наличии) – полностью)

паспорт: _____

(серия, номер паспорта)

выдан: _____

(наименование учреждения, выдавшего паспорт)

(дата выдачи паспорта)

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)
ребенка или лица, признанного недееспособным: **(ненужное зачеркнуть)**

(Ф.И.О. (при наличии) ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год и дата рождения)

зарегистрированного по адресу

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

Даю письменное, информированное добровольное согласие на трансплантацию органов и (или) тканей человека (далее - трансплантация) мне, реципиенту, законным представителем которого я являюсь **(ненужное зачеркнуть)**, в Санкт-Петербургском Государственном Бюджетном Учреждении Здравоохранения «Родильный дом № 6 им. проф. В.Ф. Снегирева» на:

_____ (наименование медицинской услуги в соответствии с номенклатурой медицинских услуг)

в Санкт-Петербургском Государственном Бюджетном Учреждении здравоохранения «Родильный дом № 6 им. проф. В.Ф. Снегирева»

Объект трансплантации:

(указывается объект трансплантации в соответствии с перечнем объектов)

Цели и метод медицинского вмешательства

(указываются сведения о целях и методе медицинского вмешательства)

Риск, связанный с медицинским вмешательством

(указываются сведения о риске, связанном с медицинским вмешательством)

Последствия медицинского вмешательства

(указываются сведения о последствиях медицинского вмешательства)

Возможные осложнения для здоровья реципиента в связи с предстоящим медицинским вмешательством

(указываются сведения о возможных осложнениях для здоровья реципиента в связи с предстоящим медицинским вмешательством)

Предполагаемые результаты медицинского вмешательства

(указываются сведения о предполагаемых результатах медицинского вмешательства)

Медицинским работником: _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, специальность, квалификационная категория по специальности)

Мне, в доступной для меня форме предоставлена полная информация о целях, методах трансплантации органов и (или) тканей человека, связанном с ней риске, об объекте трансплантации, о возможных вариантах медицинского вмешательства в целях трансплантации органов и (или) тканей человека, о его последствиях, возможных осложнениях для здоровья, реципиента **(ненужное зачеркнуть)** в связи с предстоящим оперативным вмешательством, а также о предполагаемых результатах трансплантации.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его 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» (в том числе в процессе проведения предтрансплантационного кондиционирования).

Я поставила (поставил) в известность медицинского работника обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем, состоянием здоровья лица (реципиента), законным представителем которого я являюсь (**ненужное зачеркнуть**) в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне (представляемому) травмах, операциях, заболеваниях, в том числе 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. Сообщила (сообщил) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента или законного представителя)

(подпись)

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

« _____ » _____ 20 ____ г.

ОТКАЗ

от медицинского вмешательства- трансплантации органов и (или) тканей человека

Я, _____ «__» _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина либо законного представителя)

Зарегистрированная(ый) по адресу: _____
(адрес места жительства реципиента либо законного представителя)

в отношении: _____ «__» _____ г. рождения
(фамилия, имя, отчество(при наличии) реципиента, дата рождения при подписании отказа законным представителем)

при оказании медицинской помощи в Санкт-Петербургском Государственном Бюджетном Учреждении здравоохранения «Родильный дом № 6 им. проф. В.Ф. Снегирева», отказываюсь от трансплантации органов и (или) тканей человека (далее - трансплантация), мне реципиенту, законным представителем которого я являюсь **(ненужное зачеркнуть)**

_____ (наименование вида медицинского вмешательства)

Медицинским работником: _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, специальность, квалификационная категория по специальности)

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

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

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

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество реципиента(при наличии) или законного представителя)

_____ (подпись)

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

«__» _____ 20__ г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ

добровольное согласие на вид медицинского вмешательства

наименование медицинской услуги в соответствии с номенклатурой медицинских услуг

Я, _____ « _____ » г. рождения,

(фамилия, имя, отчество пациента (при наличии) либо законного представителя)

Зарегистрированная(ый) по адресу: _____

(адрес регистрации пациента либо законного представителя)

Проживающая(ий) по адресу: _____

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

данный раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан

Я, _____

(фамилия, имя, отчество(при наличии) – полностью)

паспорт: _____

(серия, номер паспорта)

выдан: _____

(наименование учреждения, выдавшего паспорт)

(дата выдачи паспорта)

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)
ребенка или лица, признанного недееспособным: **(ненужное зачеркнуть)**

(Ф.И.О. (при наличии) ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год и дата рождения)

зарегистрированного по адресу

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

Даю письменное информированное добровольное согласие на следующее медицинское вмешательство, при оказании мне, лицу, законным представителем которого я являюсь **(ненужное зачеркнуть)**, медицинской помощи в Санкт-Петербургском Государственном Бюджетном Учреждении Здравоохранения «Родильный дом № 6 им. проф. В.Ф. Снегирева» :

Медицинским работником:

(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, специальность, квалификационная категория по специальности)

Мне, в доступной для меня форме:

- разъяснены цели и 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;

- разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

На все заданные вопросы мною получены удовлетворившие меня ответы.

Я, подтверждаю, что изложил(а) медицинскому работнику лечащему врачу (врачу-специалисту) известные мне сведения о состоянии моего здоровья или состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе о наличии аллергии (непереносимости), постоянном приеме лекарственных препаратов, употреблении алкогольной продукции, наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров.

Я, поставила (поставил) в известность медицинского работника обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем, состоянием здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне (представляемому) травмах, операциях, заболеваниях, в том числе 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. Сообщила (сообщил) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента или законного представителя)

(подпись)

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

« _____ » _____ 20 ____ г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ

добровольное согласие на вид медицинского вмешательства

ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ

наименование медицинской услуги в соответствии с номенклатурой медицинских услуг

Я, _____ « _____ » г. рождения,

(фамилия, имя, отчество пациента (при наличии) либо законного представителя)

Зарегистрированная(ый) по адресу: _____

(адрес регистрации пациента либо законного представителя)

Проживающая(ий) по адресу: _____

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

данный раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан

Я, _____

(фамилия, имя, отчество(при наличии) – полностью)

паспорт: _____

(серия, номер паспорта)

выдан: _____

(наименование учреждения, выдавшего паспорт)

(дата выдачи паспорта)

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: **(ненужное зачеркнуть)**

(Ф.И.О. (при наличии) ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год и дата рождения)

зарегистрированного по адресу

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

Даю письменное информированное добровольное согласие на следующее медицинское вмешательство, при оказании мне, лицу, законным представителем которого я являюсь **(ненужное зачеркнуть)**, медицинской помощи в Санкт-Петербургском Государственном Бюджетном Учреждении Здравоохранения «Родильный дом № 6 им. проф. В.Ф. Снегирева» :

ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ

наименование медицинской услуги в соответствии с номенклатурой медицинских услуг

Медицинским работником: _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, специальность, квалификационная категория по специальности)

Мне, в доступной для меня форме:

- разъяснены цели и 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;

- разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

На все заданные вопросы мною получены удовлетворившие меня ответы.

Я, подтверждаю, что изложил(а) медицинскому работнику лечащему врачу (врачу-специалисту) известные мне сведения о состоянии моего здоровья или состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе о наличии аллергии (непереносимости), постоянном приеме лекарственных препаратов, употреблении алкогольной продукции, наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров.

Я, поставила (поставил) в известность медицинского работника обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем, состоянием здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне (представляемому) травмах, операциях, заболеваниях, в том числе 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. Сообщила (сообщил) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента или законного представителя)

(подпись)

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

« _____ » _____ 20 ____ г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ

добровольное согласие на вид медицинского вмешательства

ЛАПАРОТОМИЯ/РЕЛАПАРОТОМИЯ

наименование медицинской услуги в соответствии с номенклатурой медицинских услуг

Я, _____ « _____ » г. рождения,

(фамилия, имя, отчество пациента (при наличии) либо законного представителя)

Зарегистрированная(ый) по адресу: _____

(адрес регистрации пациента либо законного представителя)

Проживающая(ий) по адресу: _____

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

данный раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан

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

паспорт: _____
(серия, номер паспорта)_

выдан: _____
(наименование учреждения, выдавшего паспорт)

_____ (дата выдачи паспорта)

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: **(ненужное зачеркнуть)**

_____ (Ф.И.О. (при наличии) ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год и дата рождения)

_____ зарегистрированного по адресу

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

Даю письменное информированное добровольное согласие на следующее медицинское вмешательство, при оказании мне, лицу, законным представителем которого я являюсь **(ненужное зачеркнуть)**, медицинской помощи в

Санкт-Петербургском Государственном Бюджетном Учреждении Здравоохранения
«Родильный дом № 6 им. проф. В.Ф. Снегирева» :

ЛАПАРОТОМИЯ/РЕЛАПАРОТОМИЯ

наименование медицинской услуги в соответствии с номенклатурой медицинских услуг

Медицинским работником: _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, специальность, квалификационная категория по специальности)

Мне, в доступной для меня форме:

- разъяснены цели и 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;

- разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

На все заданные вопросы мною получены удовлетворившие меня ответы.

Я, подтверждаю, что изложил(а) медицинскому работнику лечащему врачу (врачу-специалисту) известные мне сведения о состоянии моего здоровья или состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе о наличии аллергии (непереносимости), постоянном приеме лекарственных препаратов, употреблении алкогольной продукции, наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров.

Я, поставила (поставил) в известность медицинского работника обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем, состоянием здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне (представляемому) травмах, операциях, заболеваниях, в том числе 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. Сообщила (сообщил) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента или законного представителя)

(подпись)

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

« _____ » _____ 20 _____ г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ

добровольное согласие на вид медицинского вмешательства вагинальное оперативное родоразрешение (акушерские щипцы/вакуум-экстракция плода)

наименование медицинской услуги в соответствии с номенклатурой медицинских услуг

Я, _____ « _____ » г. рождения,
(фамилия, имя, отчество пациента (при наличии) либо законного представителя)

Зарегистрированная(ый) по адресу: _____
(адрес регистрации пациента либо законного представителя)

Проживающая(ий) по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

данный раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан

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

паспорт: _____
(серия, номер паспорта)_

выдан: _____
(наименование учреждения, выдавшего паспорт)

_____ (дата выдачи паспорта)

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)
ребенка или лица, признанного недееспособным: **(ненужное зачеркнуть)**

_____ (Ф.И.О. (при наличии) ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год и дата рождения)

_____ зарегистрированного по адресу

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

Даю письменное информированное добровольное согласие на следующее медицинское вмешательство, при оказании мне, лицу, законным представителем которого я являюсь **(ненужное зачеркнуть)**, медицинской помощи в Санкт-Петербургском Государственном Бюджетном Учреждении Здравоохранения «Родильный дом № 6 им. проф. В.Ф. Снегирева» :

вагинальное оперативное родоразрешение (акушерские щипцы/вакуум-экстракция плода)

наименование медицинской услуги в соответствии с номенклатурой медицинских услуг

Медицинским работником:

(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, специальность, квалификационная категория по специальности)

Мне, в доступной для меня форме:

- разъяснены цели и 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;

- разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

На все заданные вопросы мною получены удовлетворившие меня ответы.

Я, подтверждаю, что изложил(а) медицинскому работнику лечащему врачу (врачу-специалисту) известные мне сведения о состоянии моего здоровья или состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе о наличии аллергии (непереносимости), постоянном приеме лекарственных препаратов, употреблении алкогольной продукции, наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров.

Я, поставила (поставил) в известность медицинского работника обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем, состоянием здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне (представляемому) травмах, операциях, заболеваниях, в том числе 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. Сообщила (сообщил) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента или законного представителя)

(подпись)

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

« _____ » _____ 20 _____ г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ
добровольное согласие на вид медицинского вмешательства
ГИСТЕРЭКТОМИЯ

наименование медицинской услуги в соответствии с номенклатурой медицинских услуг

Я, _____ « _____ » г. рождения,
(фамилия, имя, отчество пациента (при наличии) либо законного представителя)

Зарегистрированная(ый) по адресу: _____
(адрес регистрации пациента либо законного представителя)

Проживающая(ий) по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

данный раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан

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

паспорт: _____
(серия, номер паспорта)_

выдан: _____
(наименование учреждения, выдавшего паспорт)

_____ (дата выдачи паспорта)

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: (ненужное зачеркнуть)

_____ (Ф.И.О. (при наличии) ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год и дата рождения)

_____ зарегистрированного по адресу

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

Даю письменное информированное добровольное согласие на следующее медицинское вмешательство, при оказании мне, лицу, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), медицинской помощи в Санкт-Петербургском Государственном Бюджетном Учреждении Здравоохранения «Родильный дом № 6 им. проф. В.Ф. Снегирева» :

ГИСТЕРЭКТОМИЯ

наименование медицинской услуги в соответствии с номенклатурой медицинских услуг

Медицинским работником: _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, специальность, квалификационная категория по специальности)

Мне, в доступной для меня форме:

- разъяснены цели и 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;
- разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

На все заданные вопросы мною получены удовлетворившие меня ответы.

Я, подтверждаю, что изложил(а) медицинскому работнику лечащему врачу (врачу-специалисту) известные мне сведения о состоянии моего здоровья или состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (~~ненужное зачеркнуть~~), в том числе о наличии аллергии (непереносимости), постоянном приеме лекарственных препаратов, употреблении алкогольной продукции, наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров.

Я, поставила (поставил) в известность медицинского работника обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем, состоянием здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (~~ненужное зачеркнуть~~) в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне (представляемому) травмах, операциях, заболеваниях, в том числе 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. Сообщила (сообщил) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента или законного представителя)

(подпись)

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

« _____ » _____ 20 _____ г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ
добровольное согласие на вид медицинского вмешательства
УДАЛЕНИЕ ПРИДАТКОВ

наименование медицинской услуги в соответствии с номенклатурой медицинских услуг

Я, _____ « _____ » г. рождения,
(фамилия, имя, отчество пациента (при наличии) либо законного представителя)

Зарегистрированная(ый) по адресу: _____
(адрес регистрации пациента либо законного представителя)

Проживающая(ий) по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

данный раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан

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

паспорт: _____
(серия, номер паспорта)_

выдан: _____
(наименование учреждения, выдавшего паспорт)

(дата выдачи паспорта)

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)
ребенка или лица, признанного недееспособным: (ненужное зачеркнуть)

(Ф.И.О. (при наличии) ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год и дата рождения)

зарегистрированного по адресу

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

Даю письменное информированное добровольное согласие на следующее медицинское вмешательство, при оказании мне, лицу, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), медицинской помощи в Санкт-Петербургском

Государственном Бюджетном Учреждении Здравоохранения «Родильный дом № 6 им. проф. В.Ф. Снегирева» :

УДАЛЕНИЕ ПРИДАТКОВ

наименование медицинской услуги в соответствии с номенклатурой медицинских услуг

Медицинским работником: _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, специальность, квалификационная категория по специальности)

Мне, в доступной для меня форме:

- разъяснены цели и 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;

- разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

На все заданные вопросы мною получены удовлетворившие меня ответы.

Я, подтверждаю, что изложил(а) медицинскому работнику лечащему врачу (врачу-специалисту) известные мне сведения о состоянии моего здоровья или состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (~~ненужное зачеркнуть~~), в том числе о наличии аллергии (непереносимости), постоянном приеме лекарственных препаратов, употреблении алкогольной продукции, наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров.

Я, поставила (поставил) в известность медицинского работника обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем, состоянием здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (~~ненужное зачеркнуть~~) в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне (представляемому) травмах, операциях, заболеваниях, в том числе 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. Сообщила (сообщил) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента или законного представителя)

(подпись)

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

« _____ » _____ 20 _____ г

ОТКАЗ
от медицинского вмешательства

Я, _____ «__» _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения пациента либо законного представителя)

Зарегистрированная (ый) по адресу: _____
(адрес места жительства пациента либо законного представителя)

Проживающая(ий) по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

<small>данный раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан</small>
Я, _____ (фамилия, имя, отчество(при наличии) – полностью)
паспорт: _____ (серия, номер паспорта)
выдан: _____ (наименование учреждения, выдавшего паспорт)
_____ (дата выдачи паспорта)
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: (ненужное зачеркнуть)
_____ (Ф.И.О. (при наличии) ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год и дата рождения)
_____ зарегистрированного по адресу
_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

при оказании мне, лицу, законным представителем которого я являюсь **(ненужное зачеркнуть)** медицинской помощи в Санкт-Петербургском Государственном Бюджетном Учреждении здравоохранения «Родильный дом № 6 им. проф. В.Ф. Снегирева», отказываюсь от следующего медицинского вмешательства:

(наименование вида медицинского вмешательства)

Медицинским работником _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, специальность, квалификационная категория по специальности)

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 вышеуказанного (вышеуказанных) вида (видов) медицинского вмешательства, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния))

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

(подпись)

(фамилия, имя, отчество(при наличии) пациента или законного представителя)

(подпись)

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

« _____ » _____ 20 _____ г.