

Об утверждении формы письменного добровольного согласия пациента при инвазивных вмешательствах

Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 20 мая 2015 года № 364. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 18 июня 2015 года № 11386

В соответствии с пунктом 3 статьи 91 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения»
ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить форму письменного добровольного согласия пациента при инвазивных вмешательствах согласно приложению к настоящему приказу.

2. Департаменту организации медицинской помощи Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан в установленном законодательством порядке обеспечить:

1) государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан;

2) после государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан направление на официальное опубликование в периодических печатных изданиях и информационно-правовой системе нормативных правовых актов Республики Казахстан «Әділет»;

3) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на вице-министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан Цой А.В.

4. Настоящий приказ вводится в действие после дня его первого официального опубликования.

Министр *здравоохранения*
и *социального* *развития*
Республики Казахстан *Т. Дуйсенова*

Приложение
к приказу Министра здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан

от 20 мая 2015 года № 364

Форма

**Письменное добровольное согласие
пациента при инвазивных вмешательствах**

Я, _____ (подчеркнуть) _____ пациент/законный _____ представитель:

_____,
(фамилия, имя, отчество (при его наличии) пациента/законного представителя)
находясь в _____

_____ (наименование _____ медицинской _____ организации)
даю свое согласие на проведение (подчеркнуть): мне/лицу, законным
представителем которого я являюсь: _____

(фамилия, имя, отчество (при его наличии), дата рождения)
следующей процедуры: _____

(указать наименование процедуры)

1. Я информирован/(а) о целях, характере, неблагоприятных эффектах планируемого инвазивного вмешательства, согласен(на) со всеми подготовительными и сопровождающими возможными анестезиологическими мероприятиями, а также с необходимыми побочными вмешательствами. Я предупрежден(а), что во время инвазивного вмешательства могут возникнуть непредвиденные обстоятельства, риски и осложнения и понимаю, что это может включать нарушения со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, что это связано с непреднамеренным причинением вреда здоровью. В таком случае, я согласен(на) на применение врачами всевозможных методов лечения, направленных на устранение _____ вышеуказанных _____ осложнений.

2. Я ставлю в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем (со здоровьем лица, законным представителем которого я являюсь): наследственность; аллергические проявления; индивидуальная непереносимость лекарственных препаратов и продуктов питания; потребление табачных изделий; злоупотребление алкоголем; злоупотребление _____ наркотическими _____ средствами; перенесенные травмы, операции, заболевания, анестезиологические пособия;

экологические и производственные факторы физической, химической или биологической природы, воздействующие на меня (лица, законным представителем которого я являюсь) во время жизнедеятельности; _____ принимаемые _____ лекарственные _____ средства.

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

4. Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа и согласен(а) с ними.

Подпись заявителя: _____ (пациент/законный представитель)

Дата заполнения: _____/_____/201__ г.

Врач: _____ (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Подпись: _____

Примечание:

1. Инвазивное вмешательство – медицинская процедура, связанная с проникновением через естественные внешние барьеры организма (кожа, слизистые оболочки) (инъекция, диагностическая процедура, хирургическая операция и так далее).

2. Согласие на проведение инвазивного вмешательства может быть отозвано, за исключением случаев, когда медицинские работники по жизненным показаниям уже приступили к инвазивному вмешательству и его прекращение или возврат невозможны в связи с угрозой для жизни и здоровья пациента.