

Приложение 1
УТВЕРЖДЕНО

Приказом

ФГБУ «НМИЦ гематологии»

Минздрава России

от «25» 02 2012 № 126

Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство

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

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

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

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

" ____ " _____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании согласием законным представителем)

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)
даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н <1> (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень, для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

в _____
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

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

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

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

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

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

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

" ____ " _____ г.
(дата оформления)

Приложение 2
УТВЕРЖДЕН
Приказом
ФГБУ «НМИЦ гематологии»
Минздрава России
от «25» 02 2012 № 126

Отказ от медицинского вмешательства

Я, _____ " " _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина
либо законного представителя)
зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)
в отношении _____ " " _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента и дата рождения
при подписании отказа законным представителем)

при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи

в _____
(полное наименование медицинской организации)

отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н <1>:

_____ (наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

Медицинским работником

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

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

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

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

_____ (подпись)

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

_____ " " _____ г.

_____ (подпись)

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

_____ (дата оформления)



Приложение 3
УТВЕРЖДЕН
Приказом
ФГБУ «НМИЦ гематологии»
Минздрава России
от «25» 02 2022 № 126

г. Москва

Акт

" ___ " _____ 20__ г.

Пациенту _____ в доступной форме разъяснена
(Ф.И.О)

необходимость подписания формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, формы отказа от медицинского вмешательства, а так же возможные последствия отказа от медицинского вмешательства, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния) в виде

(возможные последствия, осложнения)

От подписи формы:

«Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство» / «Отказ от медицинского вмешательства»
(нужное подчеркнуть)

отказался (отказалась): _____
(ФИО пациента, подпись, в случае его согласия подписать)

Консилиум врачей в составе:

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

