



КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
ПРАВИТЕЛЬСТВА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 38 ИМ. Н. А. СЕМАШКО»

ПРИКАЗ

«08» сентября 2023 г.

№ 253

«О внесении изменений в Приказ от 15.01.2020 № 08
«О внесении изменений в Приказ № 264 от 23.07.2018 г.
«Об утверждении типовых форм информированного добровольного согласия»

В соответствии и во исполнение требований части 8 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Приказа Минздрава России от 12.11.2021 N 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", в целях приведения локальных правовых актов в соответствие с требованиями действующего законодательства в сфере охраны здоровья граждан,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести изменения в пункт 1 Приказа № 08 от 15.01.2020 г., Приложение № 1 к Приказу от 15.01.2020 г. № 08 изложить в новой редакции (Приложение № 1.1., Приложение № 1.2. к настоящему Приказу).
2. Внести изменения в пункт 2 Приказа № 08 от 15.01.2020 г., Приложение № 2 к Приказу от 15.01.2020 г. № 08 изложить в новой редакции (Приложение № 2 к настоящему Приказу).
3. Формы информированных добровольных согласий, утвержденных Приказом №08 от 15.01.2020 г. признать утратившими силу.
4. Начальнику информационно-технического отдела Карпекину М.М. обеспечить размещение форм информированного добровольного согласия (отказа) в новой редакции в системе 1С: Предприятие, формы, утвержденные Приказом № 08 от 15.01.2022 г., удалить.
5. Секретарю руководителя Аверкиевой М.С. ознакомить заведующих отделениями Учреждения с настоящим Приказом и Приложениями к нему под роспись, и направить настоящий приказ на их корпоративную почту.

6. Заведующим отделений ознакомить с настоящим Приказом и Приложениями к нему работников отделений. Медицинскому персоналу Учреждения в своей деятельности руководствоваться положениями настоящего приказа.
7. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Приложение:

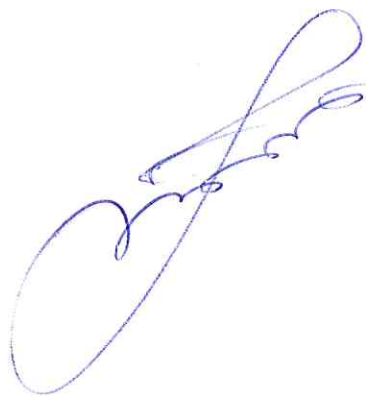
1. Приложение № 1.1.: Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Приложение № 1.2.: Отказ от медицинского вмешательства

2. Приложение № 2.1.: Информированное добровольное согласие на выполнение диагностических эндоскопических исследований

Приложение № 2.2.: Информированное добровольное согласие на выполнение Эзофагогастродуоденоскопии с осуществлением эндоскопического гемостаза при желудочно-кишечных кровотечениях

Главный врач



А.Ф. Панфиленко

**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
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 (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 Санкт-Петербургском государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Городская больница №38 им. Н.А. Семашко» (СПб ГБУЗ «Городская больница № 38 им. Н.А. Семашко»)
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)

**ПЕРЕЧЕНЬ
ОПРЕДЕЛЕННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ,
НА КОТОРЫЕ ГРАЖДАНЕ ДАЮТ ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ
СОГЛАСИЕ ПРИ ВЫБОРЕ ВРАЧА И МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ**

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), 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, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

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 Санкт-Петербургском государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Городская больница № 38 им. Н.А. Семашко» (СПб ГБУЗ «Городская больница № 38 им. Н.А. Семашко»), 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:

_____ (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)

**ПЕРЕЧЕНЬ
ОПРЕДЕЛЕННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ,
НА КОТОРЫЕ ГРАЖДАНЕ ДАЮТ ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ
СОГЛАСИЕ ПРИ ВЫБОРЕ ВРАЧА И МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ**

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), 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, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

Информированное добровольное согласие на выполнение диагностических эндоскопических исследований

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 13, 19, 20, 22, 27 Федерального закона от 21.11.11г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», с учетом приказа Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 12.11.21г. №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»

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)

даю информированное добровольное согласие на проведение:

- Эзофагогастродуоденоскопии

- Колоноскопии

- Трахеобронхоскопии (ненужное зачеркнуть)

для получения медицинской помощи/для получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Санкт-Петербургском государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Городская больница №38 им. Н.А. Семашко» (СПб ГБУЗ «Городская больница № 38 им. Н.А. Семашко»)

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.

Я понимаю, что невозможно исключить различные осложнения, как во время, так и после его окончания. О возможных осложнениях при проведении диагностического эндоскопического исследования таких как: головная боль, тошнота, рвота, повышение температуры тела, сердечные нарушения транзиторного характера, мукозит (воспалительные изменения слизистой оболочки), ларингоспазм, бронхоспазм, кровотечение, перфорация полого органа, аллергические реакции при введении лекарственных препаратов, пневмоторакс толстого кишечника (метеоризм), бактериемия (при наличии сопутствующей патологии) предупрежден(а), мне была предоставлена возможность обсудить все интересующие вопросы о предстоящем исследовании с врачом и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы.

Я поставил в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических реакциях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною операциях, травмах, и заболеваниях (в т.ч. ВИЧ, гепатит, об употреблении алкоголя, наркотических и токсических веществ).

Я признаю право врача прекратить исследование в случае, если недостаточная подготовка к исследованию по причине несоблюдения мною предписаний врача по подготовке или особенностей организма может стать объективной причиной отказа от дальнейшего проведения исследования по физическим или анатомическим причинам, которые могут повлечь за собой осложнения, выявления объективных, не зависящих от воли врача или пациента, обстоятельств.

Я признаю право врача на забор материала для гистологического, цитологического и бактериологического исследования при выявлении во время исследования изменений, требующих морфологической или бактериологической верификации.

Сведения о результатах моего обследования, иные сведения о состоянии моего здоровья (состоянии лица, законным представителем которого я являюсь) может быть передана:

(фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

_____/_____/«___»____20___г.
(подпись, расшифровка подписи пациента/ законного представителя)

Подписано гражданином собственноручно в моем присутствии:

Врач: _____/_____
(подпись)

Консилиум врачей в составе:

Должность, Ф.И.О, подпись _____

Должность, Ф.И.О, подпись _____

Должность, Ф.И.О, подпись _____

«___»____20___года

Информированное добровольное согласие на выполнение Эзофагогастродуоденоскопии с осуществлением эндоскопического гемостаза при желудочно-кишечных кровотечениях

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 13, 19, 20, 22, 27 Федерального закона от 21.11.11г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», с учетом приказа Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 12.11.21г №1051н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинского вмешательства и формы отказа 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)

даю информированное добровольное согласие на проведение **Эзофагогастродуоденоскопии**, для получения медицинской помощи/для получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Санкт-Петербургском государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Городская больница №38 им. Н.А. Семашко» (СПб ГБУЗ «Городская больница № 38 им. Н.А. Семашко»).

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

в доступной для меня форме мне разъяснены цель и метод оказания медицинской помощи, я понимаю, что невозможно исключить различные осложнения, как во время, так и после его окончания. О возможных осложнениях при проведении Эзофагогастродуоденоскопии, таких как: головная боль, тошнота, рвота, повышение температуры тела, сердечные нарушения транзиторного характера, мукозит (воспалительные изменения слизистой оболочки), ларингоспазм, бронхоспазм, кровотечение, перфорация полого органа, аллергические реакции при введении лекарственных препаратов, предупрежден(а), мне была предоставлена возможность обсудить все интересующие вопросы о предстоящем исследовании с врачом и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы.

Я поставил в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических реакциях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною операциях, травмах, и заболеваниях (в т.ч. ВИЧ, гепатит, об употреблении алкоголя, наркотических и токсических веществ).

Я признаю право врача прекратить исследование в случае, если недостаточная подготовка к исследованию или особенностей организма может стать объективной причиной отказа от дальнейшего проведения исследования по физическим или анатомическим причинам, которые могут повлечь за собой осложнения, выявления объективных, не зависящих от воли врача или пациента, обстоятельств.

Я признаю право врача на забор материала для гистологического, цитологического и бактериологического исследования при выявлении во время исследования изменений, требующих морфологической или бактериологической верификации.

Сведения о результатах моего обследования, иные сведения о состоянии моего здоровья (состоянии лица, законным представителем которого я являюсь) может быть передана:

(фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)
_____/_____/«____»____20____г.
(подпись, расшифровка подписи пациента/ законного представителя)

Подписано гражданином собственноручно в моем присутствии:

Врач: _____/_____/_____
(подпись)

Консилиум врачей в составе:

Должность, Ф.И.О, подпись _____

Должность, Ф.И.О, подпись _____

Должность, Ф.И.О, подпись _____

«____»____20____года

Мне в доступной форме разъяснено, что в ходе выполнения **Эзофагогастродуоденоскопии**, может быть выявлен источник кровотечения (состояние, угрожающее жизни): язва, разрыв слизистой оболочки, опухоль, кровоточащий сосуд без язвы, что является показанием к выполнению **Оперативного вмешательства** при кровотечении из верхних отделов желудочно-кишечного тракта в виде эндоскопического гемостаза: методом инъецирования, клипирования, аргано-плазменной коагуляции, электрокоагуляции или комбинированным методом (включает использование нескольких методик).

В случае наличия показаний к оперативному вмешательству, которые я доверяю определить врачу, выполняющему диагностическое исследование,

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)

даю информированное добровольное согласие на проведение / отказываюсь от проведения мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) оперативного вмешательства: **Эндоскопическая остановка кровотечения**. Право выбора методики осуществления остановки кровотечения оставляю за врачом, выполняющим исследование.

Я подтверждаю, что медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены характер предстоящей операции, ее особенности и ход, связанные с ней риски, последствия и осложнения.

Я предупрежден, что проведение операции сопряжено с риском кровопотери, инфекционных осложнений, нарушением со стороны сердечно-сосудистой системы и других систем жизнедеятельности организма, невозможности достичь устойчивого гемостаза, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода.

Мне разъяснено, что во время операции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения, в таком случае я согласен(а), что ход оперативного вмешательства определяется врачами по их усмотрению.

Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользы оперативного вмешательства и врачом даны понятные мне и исчерпывающие ответы.

Сведения о результатах моего обследования, иные сведения о состоянии моего здоровья (состоянии лица, законным представителем которого я являюсь) может быть передана:

(фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)
_____/ « _____ » 20 _____ г.
(подпись, расшифровка подписи пациента/ законного представителя)

Подписано гражданином собственноручно в моем присутствии:

Врач: _____ / _____ /
(подпись)

Консилиум врачей в составе:

Должность, Ф.И.О, подпись _____

Должность, Ф.И.О, подпись _____

Должность, Ф.И.О, подпись _____

« _____ » 20 _____ года

