

ПРАВИТЕЛЬСТВО САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ

**РАСПОРЯЖЕНИЕ**

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Об утверждении методических рекомендаций для государственных учреждений здравоохранения находящихся в ведении исполнительных органов государственной власти Санкт-Петербурга по порядку 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 исполнения:

1) Федеральный закон от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»;

2) Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

3) Федеральный закон от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи».

4) Приказ Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 г. № 390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи»;

4) Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 ноября 2017 г. № 965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий»;

5) Приказ 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».

**6) Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них»;**

**7) Постановление Правительства Санкт-Петербурга от 17 октября 2012 г. № 1119 «О государственной информационной системе Санкт-Петербурга «Региональный фрагмент единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения»;**

**8) Соглашение от 29 октября 2020 г. «О взаимодействии между Министерством здравоохранения Российской Федерации и Правительством Санкт-Петербурга в целях осуществления национальными медицинскими исследовательскими центрами организационно-методического руководства медицинскими организациями Санкт-Петербурга»;**

**9) Соглашение о сотрудничестве между Правительством Москвы и Правительством Санкт-Петербурга по внедрению информационных технологий в стационарных медицинских организациях государственной системы здравоохранения Санкт-Петербурга от 26 марта 2024 г. № 77-1570 / от 5 апреля 2024 г. № 8-с.**

10) Паспорт регионального проекта «Создание единого цифрового контура   
в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ) (город федерального значения Санкт-Петербург)», утвержденный протоколом заседания проектного комитета по национальному проекту «Здравоохранение» от 13.12.2018 № 2.

Утвердить методических рекомендации по порядку 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 для государственных учреждений здравоохранения находящихся в ведении исполнительных органов государственной власти Санкт-Петербурга согласно Приложению.

Контроль за соблюдением методических рекомендаций, порядок дачи информированного **добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства гражданином или законным представителем гражданина, правильности заполнения формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства при осуществлении услуги возложить на руководителя медицинского учреждения.**

Руководителям медицинских организаций в срок до \_\_. \_\_\_\_\_\_\_.2024 г. доложить о внедрении данных методических рекомендации в работу при оказании медицинских услуг.

Контроль за исполнением настоящего распоряжения оставляю за собой.

Приложение: Методические рекомендации 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.

|  |  |
| --- | --- |
| Председатель  Комитета по здравоохранению | Д.Г. Лисовец |

СОГЛАСОВАНО:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Первый заместитель председателя  Комитета по здравоохранению | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | А.М. Сарана |
| Заместитель председателя  Комитета по здравоохранению | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | М.А. Виталюева |
| Заместитель председателя  Комитета по здравоохранению | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | О.В. Гранатович |
| Начальник Общего отдела  Комитета по здравоохранению | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Ю.А.Неустроева |
| Начальник Юридического отдела  Комитета по здравоохранению | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | И.Г. Молокова |

Документ не носит нормативный характер

Не подлежит передаче в справочно-информационные системы

Рассылка:

Вице-губернатор Санкт-Петербурга Казарин С.В.;

вице-губернатор Санкт-Петербурга Эргашев О.Н.;

комитет по информатизации и связи;

члены Рабочей группы ЕМИАС;

СПб ГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр».

Куличенко В.С.

+7 911 735 16 32

Приложение

к Распоряжению Комитета здравоохранения

Правительства Санкт-Петербурга

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Состав рабочей группы**

**по разработке проекта внедрения** **единой медицинской информационно-аналитической системы в Санкт‑Петербурге (ЕМИАС)**

**Председатель:**

|  |  |
| --- | --- |
| Лисовец  Дмитрий Геннадьевич | * Председатель   Комитета по здравоохранению |

**Заместители председателя:**

|  |  |
| --- | --- |
| Гранатович  Ольга Викторовна | * Комитет по здравоохранению,   заместитель председателя |
| Токарева Любовь Сергеевна | * Комитет по информатизации и связи,   заместитель председателя |

**Члены рабочей группы:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | | **ФИО** | | **Медицинская организация** | |
|  | Архипов Алексей Алексеевич | | * СПб ГБУЗ МИАЦ, начальник отдела **мониторинга показателей эффективности электронных сервисов в  сфере здравоохранения** | |
|  | Ваулина Оксана Юрьевна | | * СПб ГБУЗ МИАЦ, Специалист по работе с информацией отдела **организации ведения электронной медицинской карты** | |
|  | Городыский  Виктор Георгиевич | | * СПб ГБУЗ МИАЦ, начальник отдела **организации ведения электронной медицинской карты** | |
|  | Кузьмин  Андрей Викторович | | * СПб ГБУЗ МИАЦ, начальник **Управления координации деятельности медицинских организаций по вопросам информатизации** | |
|  | Кузьмина Татьяна Борисовна | | * СПб ГКУ «УИТС», главный аналитик отдела цифровой трансформации в социальной сфере | |
|  | Миронов Максим Николаевич | | * СПб ГУП «СПб ИАЦ», заместитель начальника управления развития информационных систем в сфере городской инфраструктуры и безопасного города | |
|  | Новослугина Оксана Алексеевна | | * СПб ГУП «СПб ИАЦ», начальник управления информационной безопасности | |
|  | Панков  Григорий Алексеевич | | * СПб ГБУЗ МИАЦ, Начальник **отдела координации деятельности медицинских организаций по вопросам информатизации** | |
|  | Сиденко Александр Иванович | | * Комитет по информатизации и связи,   начальник управления информационной безопасности и технической защиты информации | |
|  | Супрун Антон Сергеевич | | * СПб ГКУ «УИТС», главный аналитик отдела цифровой трансформации в социальной сфере | |
|  | Тятов Евгений Евгеньевич | | * СПб ГУП «СПб ИАЦ», советник | |
|  | Усманов Сергей Гилимханович | | * СПб ГБУЗ МИАЦ**,** Начальник сектора **координации внедрения и развития медицинских информационных систем** | |
|  | Фокин  Сергей Андреевич | | * СПб ГБУЗ МИАЦ**, заместитель директора по  информационным технологиям** | |
|  | Якушев Сергей Александрович | | * Комитет по информатизации и связи,   начальник управления развития информационных систем в сфере здравоохранения | |

**Секретарь:**

|  |  |
| --- | --- |
| Луняев  Евгений Викторович | * СПб ГБУЗ МИАЦ, Специалист отдела контроля качества и анализа данных |

**Методические рекомендации**

**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**

### 1. Общие положения и обоснование

Настоящие методические рекомендации разработаны в соответствии с требованиями законодательных и подзаконных актов Российской Федерации, включая:

a) Федеральный закон от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»;

б) Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

в) Приказ Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 г. № 390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи»;

г) Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 ноября 2017 г. № 965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий»;

д) Приказ 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».

**е) Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них»;**

**ж) Постановление Правительства Санкт-Петербурга от 17 октября 2012 г. № 1119 «О государственной информационной системе Санкт-Петербурга «Региональный фрагмент единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения»;**

**з) Соглашение от 29 октября 2020 г. «О взаимодействии между Министерством здравоохранения Российской Федерации и Правительством Санкт-Петербурга в целях осуществления национальными медицинскими исследовательскими центрами организационно-методического руководства медицинскими организациями Санкт-Петербурга»;**

**и) Соглашение о сотрудничестве между Правительством Москвы и Правительством Санкт-Петербурга по внедрению информационных технологий в стационарных медицинских организациях государственной системы здравоохранения Санкт-Петербурга от 26 марта 2024 г. № 77-1570 / от 5 апреля 2024 г. № 8-с.**

к) Федеральный закон от 29.07.2017 № 242-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья».

л) Федеральный закон от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи».

м) Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.11.2017 № 965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий».

н) Постановление Правительства Санкт-Петербурга от 17.10.2012 № 1119 «О государственной информационной системе Санкт-Петербурга «Региональный фрагмент единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения».

о) Паспорт регионального проекта «Создание единого цифрового контура   
в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ) (город федерального значения Санкт-Петербург)», утвержденный протоколом заседания проектного комитета по национальному проекту «Здравоохранение» от 13.12.2018 № 2.

Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга утвердил формы и порядок получения информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, а также формы отказа от медицинского вмешательства для пациента или его законного представителя.

**2. Цель документа**

Целью настоящих методических рекомендаций является утверждение и внедрение стандартных форм «Информированное добровольное согласие (отказ) на медицинское вмешательство (отказ от медицинского вмешательства)», что позволит:

Обеспечить соответствие требованиям законодательства в области защиты персональных данных.

Обеспечить соблюдение законодательства об информировании пациентов о возможных последствиях медицинского вмешательства, включая потенциальные исходы каждого вида вмешательства, последствия несвоевременного оказания медицинской помощи, а также риски, связанные с отказом от вмешательства.

Упорядочить процесс получения информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от него.

Гарантировать пациентам право на информированное согласие на медицинское вмешательство и право на отказ от него.

Упорядочить документооборот и улучшить качество обработки персональных данных в медицинской организации.

Повысить качество оказания медицинских услуг за счёт стандартизации процесса информирования и согласования медицинских вмешательств с пациентами, включая применение телемедицинских технологий.

**3. Основные положения**

**Приложение № 1**: Порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определённых видов медицинских вмешательств.

Данный порядок регламентирует процесс получения согласия пациента или его законного представителя, а также фиксирования отказа от вмешательства в строгом соответствии с требованиями законодательства, с целью обеспечения прав пациента и минимизации юридических рисков медицинской организации.

**Приложение № 2**: Форма «Информированное добровольное согласие (отказ) на медицинское вмешательство (отказ от медицинского вмешательства)».  
Эта форма предназначена для получения согласия или отказа от пациента или его законного представителя на медицинское вмешательство при оказании медицинских услуг.

Формы разработаны с учётом требований законов и подзаконных актов Российской

Федерации, указанных в подп. а) – д) п. 1 настоящих методических рекомендаций.

**4. Порядок внедрения**

После утверждения данных рекомендаций все сотрудники медицинской организации должны быть ознакомлены с новыми формами и требованиями, указанными в приказе. Ответственные лица обязаны обеспечить внедрение и использование утверждённых форм в повседневной практике работы медицинской организации.  
Контроль за исполнением приказа возлагается на главного врача медицинской организации

**5. Заключение**

Утверждение и внедрение указанных форм согласия и отказа от медицинского вмешательства, а также согласия на обработку персональных данных способствует защите прав пациентов, соблюдению требований законодательства и повышению качества медицинской помощи в учреждении.

Настоящая пояснительная записка прилагается к приказу для разъяснения его содержания и обоснования необходимости принятия данных мер.

Заместитель председатель комитета

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ О.В. Гранатович

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202 г.

**Приложение N 1**

**Утверждаю**

**Заместитель председатель комитета**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ О.В. Гранатович**

**«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2024 г**.

**Порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определённых видов медицинских вмешательств**

1. **Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств**, включённые в Перечень, утверждённый приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее – Перечень):
   1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
   2. Осмотр, включая пальпацию, перкуссию, аускультацию, риноскопию, фарингоскопию, непрямую ларингоскопию, 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, включая клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
   10. Функциональные методы обследования, включая электрокардиографию, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирографию, пневмотахометрию, пикфлуометрию, рэоэнцефалографию, электроэнцефалографию, кардиотокографию (для беременных).
   11. Рентгенологические методы обследования, включая флюорографию (для лиц старше 15 лет) и рентгенографию, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования.
   12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, включая внутримышечные, внутривенные, подкожные и внутрикожные введения.
   13. Медицинский массаж.
   14. Лечебная физкультура.
   15. Телемедицина
   16. И иные медицинские вмешательства (дополняются решением руководителя медицинской организации при согласовании с региональным центром компетенции КИС ЕМИАЦ ).

**Примечание:** Перечень определённых видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, а также отказ от таких вмешательств, даётся гражданином либо одним из родителей или иным законным представителем в отношении лиц, указанных в пункте 2 настоящего Порядка.

2. Информированное добровольное согласие и отказ от медицинского вмешательства

Право на информированное добровольное согласие

Несовершеннолетние в возрасте старше 15 лет или несовершеннолетние, страдающие наркоманией, в возрасте старше 16 лет имеют право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или на отказ от него в соответствии с частью 2 статьи 54 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Исключение составляют случаи, когда медицинская помощь оказывается в соответствии с частями 2 и 9 статьи 20 указанного закона.

Представление согласия законным представителем

В случаях, когда пациент не достиг возраста, установленного частью 5 статьи 47 и частью 2 статьи 54 указанного закона, или если лицо признано недееспособным и не способно дать согласие на медицинское вмешательство, согласие должно быть предоставлено одним из родителей или иным законным представителем при предъявлении документов, удостоверяющих личность. Это может касаться, например:

Несовершеннолетнего больного наркоманией, когда ему оказывается наркологическая помощь или проводится медицинское освидетельствование для установления состояния наркотического или иного токсического опьянения (исключая случаи, когда несовершеннолетние приобретают полную дееспособность до достижения 18 лет).

Законный представитель пациента дополнительно предоставляет документы, подтверждающие его статус:

Свидетельство о рождении и паспорт с соответствующими записями для родителей, подтверждающие родство с пациентом.

Документ о признании недееспособности, если речь идет о законном представителе недееспособного лица.

Судебное решение о назначении опекуна для опекунов, удостоверяющее их право представлять интересы несовершеннолетнего или недееспособного лица.

Доверенность, оформленная в установленном порядке, подтверждающая полномочия представителя действовать от имени пациента в особых случаях, таких как:

- Медицинское вмешательство, требующее согласия;

- Получение информации о состоянии здоровья;

- Оформление документов, связанных с лечением.

- Оформление информированного согласия

Информированное добровольное согласие оформляется после выбора медицинской организации и врача при первом обращении за первичной медико-санитарной помощью.

Предоставление информации перед оформлением согласия

Перед оформлением информированного добровольного согласия лечащий врач или иной медицинский работник обязан предоставить гражданину, одному из родителей или законному представителю лица, указанного в пункте 2, полную информацию в доступной форме о:

- Целях и методах оказания медицинской помощи;

- Рисках, связанных с медицинскими вмешательствами;

- Возможных вариантах медицинских вмешательств, включенных в Перечень;

- Последствиях медицинских вмешательств, вероятности осложнений и предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

- Разъяснение последствий отказа от медицинского вмешательства

В случае отказа от медицинского вмешательства в отношении одного или нескольких видов вмешательств, включенных в Перечень, гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, указанного в пункте 2, разъясняются возможные последствия отказа, включая вероятность осложнений заболевания (состояния).

**3. Информированное добровольное согласие**

1. **Оформление согласия при посещении медицинской организации**  
   Информированное добровольное согласие (или отказ) на медицинское вмешательство оформляется на бумажном носителе по форме, предусмотренной приложением № 2 к настоящим методическим рекомендациям. Документ подписывается:

- Гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в пункте 2 настоящего Порядка.

- Медицинским работником.

1. **Электронное оформление согласия**

Согласие также может быть оформлено в виде электронного документа, подписанного с использованием:

- Усиленной квалифицированной или простой электронной подписи через Единую систему идентификации и аутентификации (ЕСИА).

- Усиленной квалифицированной электронной подписи медицинским работником.

Подписанный электронный документ включается в медицинскую документацию пациента.

1. **Использование телемедицинских технологий**

Если пациент или законный представитель намеревается получить медицинскую услугу с применением телемедицинских технологий, он (она) должен(на) авторизоваться в соответствии с информационной политикой, размещенной на сайте медицинской организации. В этом случае предоставляется:

- Информационное согласие на обработку персональных данных (включая специальные медицинские данные).

- Информированное добровольное согласие (или отказ) на медицинское вмешательство.  
 В данном документе указывается, что прекращение коммуникации при оказании услуг с использованием телемедицинских технологий считается отказом от данной услуги.

1. **Права гражданина или его законного представителя**

Гражданин или его законный представитель, указанный в пункте 2 настоящего Порядка, имеет право при оформлении информированного добровольного согласия определить лиц, которым может быть передана информация о состоянии здоровья пациента, включая информацию после его смерти, в интересах пациента.

1. **Право на отказ от медицинских вмешательств**

Гражданин, один из родителей или иной законный представитель лица, указанного в пункте 2, имеет право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать их прекращения, даже если ранее было оформлено информированное добровольное согласие. Исключение составляют случаи, предусмотренные частью 9 статьи 20 Федерального закона № 323-ФЗ.

1. **Оформление отказа от медицинского вмешательства**

Отказ от медицинского вмешательства оформляется в соответствии с формой, предусмотренной приложением № 2 — «Информированное добровольное согласие (отказ) на (от) медицинское вмешательство»:

* + **При посещении медицинской организации**

Документ оформляется на бумажном носителе и подписывается:

- Собственноручно пациентом или его законным представителем.

- Медицинским работником. Отказ также может быть оформлен в виде электронного документа, подписанного с использованием усиленной квалифицированной или простой электронной подписи через ЕСИА, а также усиленной квалифицированной электронной подписи медицинским работником. Подписанный документ включается в медицинскую документацию пациента.

* + **При использовании телемедицинских технологий**

Пациент или законный представитель пациента, получая услугу посредством телемедицинских технологий, вправе отказаться от медицинских вмешательств, прекратив коммуникацию или изменив форму «Информированное добровольное согласие (отказ) на (от) медицинское вмешательство» на сайте медицинской организации.

**7. Электронное оформление согласия и отказа**

Форма электронного документа

Информированное добровольное согласие и/или отказ от медицинского вмешательства одного из родителей или иного законного представителя могут быть оформлены в виде электронного документа при наличии в медицинской документации пациента сведений о его законном представителе.

Процесс оформления согласия и отказа в электронной форме

Информированное добровольное согласие и/или отказ от медицинского вмешательства в форме электронного документа формируются с использованием медицинских информационных систем, предназначенных для:

- Сбора,

- Хранения,

- Обработки,

- Предоставления информации, касающейся деятельности медицинских организаций и оказываемых ими услуг.

- Подписание электронных документов

Эти документы подписываются:

- Гражданином,

- Одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в пункте 2 настоящего Порядка, с использованием электронной подписи через Единую систему идентификации и аутентификации (ЕСИА).

Подписание возможно при условии, что при выдаче ключа электронной подписи личность заявителя была установлена либо при личном приеме, либо с помощью подтверждения сведений, предоставленных заявителем, с использованиеминдивидуальных средств коммуникации.

**Приложение N 2**

**Утверждаю**

**Заместитель председатель комитета**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ О.В. Гранатович**

**«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020\_ г.**

**Форма**

Информированное добровольное согласие (отказ) на (от) медицинское(го) вмешательство(а).

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)

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

Настоящим даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, перечисленные в Таблице № 1, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н, в Перечне определённых видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи и (или) иных медицинских вмешательств (в том числе и телемедицине), дополняемых решением руководителя медицинской организации.

Согласие даётся для получения первичной медико-санитарной помощи мной лично / лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть).

Таблица № 1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Отметка о согласии на медицинское вмешательствос пометкой –ДА / НЕТ и роспись пациента или законного представителя | Описание медицинского вмешательства |
| 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, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных). |
| 11 |  | Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования |
| 12 |  | Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно. |
| 13 |  | Медицинский массаж. |
| 14 |  | Лечебная физкультура. |
| 15 |  | Телемедицина |
| 16 |  | И иные медицинские вмешательства (дополняются решением руководителя медицинской организации при согласовании с региональным центром компетенции КИС ЕМИАЦ ). |

в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Подтверждение информированного согласия**

Я подтверждаю, что мне в доступной форме разъяснены:

* Цели и методы оказания медицинской помощи.
* Связанные с ними риски.
* Возможные варианты медицинских вмешательств и их последствия, включая вероятность развития осложнений.
* Предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне также разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких (либо всех) видов медицинских вмешательств, включённых в Перечень, или потребовать 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".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после моей смерти:

Я получил(а) полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной вопросы об условиях, целях и задачах проведения (телемедицинской) консультации.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон, электронный адрес)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон, электронный адрес)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

  "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

 (дата оформления