**Приказ**

Об утверждении формы письменного добровольного согласия пациента при инвазивных вмешательствах

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.

Начало формы

Конец формы

