

**ПРИКАЗ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПРИДНЕСТРОВСКОЙ МОЛДАВСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

О внесении изменения в Приказ Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 21 июля 2023 года № 576 «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» (регистрационный № 11964 от 31 августа 2023 года) (САЗ 23-35)

Зарегистрирован Министерством юстиции
Приднестровской Молдавской Республики 6 марта 2024 г.
Регистрационный № 12324

В соответствии с Законом Приднестровской Молдавской Республики от 16 января 1997 года № 29-3 «Об основах охраны здоровья граждан» (СЗМР 97-1), Постановлением Правительства Приднестровской Молдавской Республики от 6 апреля 2017 года № 60 «Об утверждении Положения, структуры и предельной штатной численности Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики» (САЗ 17-15) с изменениями и дополнениями, внесенными постановлениями Правительства Приднестровской Молдавской Республики от 14 июня 2017 года № 148 (САЗ 17-25), от 7 декабря 2017 года № 334 (САЗ 17-50), от 17 октября 2018 года № 352 (САЗ 18-42), от 14 декабря 2018 года № 448 (САЗ 18-51), от 26 апреля 2019 года № 143 (САЗ 19-17), от 8 августа 2019 года № 291 (САЗ 19-30), от 15 ноября 2019 года № 400 (САЗ 19-44), от 29 сентября 2020 года № 330 (САЗ 20-40), от 22 октября 2020 года № 364 (САЗ 20-43), от 8 декабря 2020 года № 433 (САЗ 20-50), от 25 января 2021 года № 19 (САЗ 21-4), от 30 декабря 2021 года № 426 (САЗ 21-52), от 20 января 2022 года № 11 (САЗ 22-2), от 28 октября 2022 года № 402 (САЗ 22-43), от 9 ноября 2022 года № 411 (САЗ 22-44), от 23 декабря 2022 года № 485 (САЗ 23-1), от 19 января 2023 года № 15 (САЗ 23-3), от 16 февраля 2023 года № 55 (САЗ 23-7), от 31 мая 2023 года № 186 (САЗ 23-22), от 12 октября 2023 года № 341 (САЗ 23-41), от 18 декабря 2023 года № 425 (САЗ 23-51), от 22 января 2024 года № 31 (САЗ 24-5), в целях совершенствования порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, приказываю:

1. Внести в Приказ Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 21 июля 2023 года № 576 «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» (регистрационный № 11964 от 31 августа 2023 года) (САЗ 23-35), следующее изменение:

Приложение № 2 к Приказу изложить в редакции согласно Приложению к настоящему Приказу.

2. Направить настоящий Приказ на государственную регистрацию и официальное опубликование в Министерство юстиции Приднестровской Молдавской Республики.

3. Настоящий Приказ вступает в силу со дня, следующего за днем его официального опубликования.

Министр
г. Тирасполь
27 февраля 2024 г.
№ 177

К. АЛБУЛ

Приложение к Приказу
Министерства здравоохранения
Приднестровской Молдавской Республики
от 27 февраля 2024 года № 177

Приложение № 2 к Приказу
Министерства здравоохранения
Приднестровской Молдавской Республики
от 21 июля 2023 года № 576

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)
«__» _____ года рождения, зарегистрированный по адресу: _____
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 (пятнадцати) лет, или недееспособных граждан:

Я, паспорт: _____, выдан: _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)
ребенка или лица, признанного недееспособным:

фамилии, имени, отчества (при наличии) ребенка или недееспособного гражданина -
полностью, год рождения

даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство,
назначенное в _____
(наименование медицинской организации)

*Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому) следующего вида
анестезиологического пособия (метода интенсивной терапии)

(название вида обезболивания, возможность изменения анестезиологической тактики)

и сопряженные с ним манипуляциями: интубацию трахеи; постановку зонда в желудок и
кишечник; катетеризацию мочевого пузыря; пункцию и катетеризацию вен
(периферических и центральных), пространств (эпидурального, субарохноидального).

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

*Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому) операции:

(название медицинского вмешательства)

Мне разъяснено, и я осознаю, что во время операции могут возникнуть
непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен (согласна) на
то, что ход операции может быть изменен врачами по их усмотрению.

Я предупрежден (предупреждена) о факторах риска и понимаю, что проведение
операции сопряжено с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений,

нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода.

Я предупрежден (предупреждена), что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в том числе в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и даю на это свое согласие.

Подтверждаю, что я ознакомлен (ознакомлена) с характером предстоящей мне (представляемому) операции. Мне разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего оперативного лечения.

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

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 медицинских вмешательств.

Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения.

Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) известных травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я добровольно даю согласие на приобретение дополнительных лекарственных средств, изделий медицинского назначения, проведение дополнительных лабораторных и инструментальных исследований за счет личных средств вне порядка и условий, установленных Программой государственных гарантий оказания гражданам Приднестровской Молдавской Республики бесплатной медицинской помощи.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии со статьей 28 Закона Приднестровской Молдавской Республики от 16 января 1997 года № 29-3 «Об основах охраны здоровья граждан» (СЗМР 97-1), может быть передана информация о состоянии моего здоровья, в том числе после смерти, или о состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть):

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

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

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) специалиста)

** Консилиум врачей в составе:

Врач

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись)

Врач

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись)

Врач

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись)

« _____ » _____ года
(дата оформления)

Примечание:

*Указанные строки заполняются в случае необходимости получения информированного согласия пациента на оперативное вмешательство и анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства, с отдельным проставлением подписи пациента.

**При отсутствии законных представителей решение о необходимости медицинского вмешательства принимает консилиум врачей, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача лечебно-профилактического учреждения, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача и законных представителей. В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения медицинского вмешательства неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве в интересах гражданина решает консилиум врачей, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача лечебно-профилактического учреждения, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача.