

Бюджетное учреждение Республики Калмыкия  
«Республиканская больница им. П.П. Жемчуева»

Приказ

09.09 2025 г.

г. Элиста

№ 1346

«Об утверждении Порядка дачи и оформления  
информированного добровольного согласия в новой редакции»

В связи с вводом в действие приказа Минздрава России от 19.03.2025г №136н «Об утверждении формы информированного согласия на медицинское вмешательство по проведению искусственного прерывания беременности» и с целью предоставления гражданам медицинских услуг в соответствии с требованиями ФЗ от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»,

Приказываю:

1. Утвердить Порядок дачи и оформления информированного добровольного согласия (далее - ИДС) в БУ РК «РБ им. П.П. Жемчуева» в новой редакции.
2. Начальнику отдела АСУ разместить настоящий приказ на сайте больницы и формы ИДС (приложение 2-15) в МИС САМСОН.
3. Заместителям главного врача по профилям контролировать использование форм документов для правового обеспечения лечебно-диагностического процесса.
4. Начальнику отдела кадров довести настоящий приказ до сведения руководителей структурных подразделений.
5. Приказ от 03.03.25 №472 «Об утверждении Порядка дачи и оформления информированного добровольного согласия» считать утратившим силу.
6. Контроль за исполнением приказа оставляю за собой.

Главный врач



Чумпинова С.Ю.

**Порядок дачи и оформления  
информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство  
в БУ РК «Республиканская больница им. П.П. Жемчуева»**

1. Настоящий порядок устанавливает правила дачи и оформления информированного добровольного согласия (далее – ИДС) на медицинское вмешательство в БУ РК «Республиканская больница им. П.П. Жемчуева».
  2. Целью Порядка является обеспечение соблюдения прав пациента при получении ИДС на оказание помощи в БУ РК «Республиканская больница им. П.П. Жемчуева».
  3. Используемые формы информированного согласия (ИДС) /формы отказа:
    - Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (приложение №2);
    - Отказ от медицинского вмешательства (приложение №3)
    - Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство по проведению искусственного прерывания беременности (приложение №4);
    - Информированное добровольное согласие пациента на оперативное вмешательство, в т.ч переливания крови и ее компонентов (приложение №5);
    - Информированное добровольное согласие пациента и его представителя на оперативное вмешательство, анестезиологическое пособие (приложение №6);
    - Информированное добровольное согласие на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства (приложение №7);
    - ИДС на проведение эндоскопических вмешательств (приложение №8);
    - ИДС на введение генно-инженерных биологических препаратов (приложение №9);
    - Согласие пациента на предложенный план профилактики тромбозов легочной артерии (приложение №10);
    - Согласие пациента на операцию переливания компонентов крови (приложение №11);
    - Отказ от госпитализации, от предлагаемого лечения, от продолжения лечения, от медицинского вмешательства (приложение №12);
    - Решение (АКТ) об отказе оформить информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство / отказ от медицинского вмешательства (приложение №13);
    - Решение (консилиум) о проведении медицинских вмешательств (операции) без согласия пациента (приложение №14)
    - Информированное согласие на проведение обследования на ВИЧ-инфекцию (приложение №15).
  3. Перед взятием /оформлением информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство лечащим врачом либо иным медицинским работником гражданину, или иному законному представителю предоставляется в доступной для него форме полная информация о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, о последствиях этих медицинских вмешательств, в том числе о вероятности развития осложнений, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.
  4. **Информированное добровольное согласие** на медицинское вмешательство (оформляется в виде документа на бумажном носителе по форме (приложение N 2), либо формируется в форме электронного документа. Подписывается гражданином / законным представителем, медицинским работником либо, с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи или простой электронной подписи посредством применения единой системы идентификации и аутентификации (далее - ЕСИА), и включается в медицинскую документацию пациента.
- Гражданин или его законный представитель, при оформлении информированного добровольного согласия вправе определить лиц, которым в интересах пациента может

быть передана информация о состоянии его здоровья, в том числе после его смерти.

Гражданин / законный представитель имеет право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения (в том числе в случае, если было оформлено информированное добровольное согласие).

**5. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств (приложение №4-12)** берется в письменной форме врачом, который будет оказывать медицинскую помощь / проводить манипуляцию, подписанная пациентом и врачом форма ИДС подшивается в медицинскую карту стационарного больного.

**6. Не нужно брать с пациента информированное добровольное согласие (Закон № 323-ФЗ – часть 9 статьи 20)** в следующих случаях:

- при угрозе жизни пациента
- человек совершил преступление
- у пациента тяжелое психическое расстройство
- при судебно-медицинской или судебно-психиатрической экспертизе
- состояние пациента не позволяет ему выразить свою волю и отсутствует законный представитель
- у пациента заболевание, опасное для окружающих

**Консилиумом принимается решение о проведении медицинского вмешательства (операции) без согласия пациента (приложение №14)**

**7. Отказ от осмотра и лечения:**

- Пациенты информируются о правах и обязанностях при отказе от лечения или прекращения лечения.
- Пациенты информируются о последствиях своего решения, о возможных альтернативных методах лечения.

**Отказ от медицинского вмешательства (приложение №3)** оформляется в виде документа на бумажном носителе по форме, подписывается гражданином / законным представителем, медицинским работником, либо формируется в форме электронного документа, подписанного с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи или простой электронной подписи посредством применения ЕСИА.

При отказе пациента от госпитализации, от предлагаемого лечения, от продолжения лечения оформление бланка отказа согласно **приложению № 12.**

При отказе пациента заполнения бланка оформления ИДС оформить решением согласно **приложению №14.**

**Информированное добровольное согласие  
на медицинское вмешательство**

Я, \_\_\_\_\_  
 (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)  
 " " \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по  
 (дата рождения гражданина либо законного представителя)  
 адресу: \_\_\_\_\_  
 (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)  
 проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
 (указывается в случае проживания не по месту регистрации)  
 в отношении \_\_\_\_\_  
 (ФИО (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 медицин-  
 ской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный  
 приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федера-  
 ции от 23 апреля 2012 г. N 390н <1> (далее – виды медицинских вмешательств, включен-  
 ных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения  
 первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я яв-  
 ляюсь (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 по-  
 мощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их по-  
 следствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые ре-  
 зультаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов  
 медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекра-  
 щения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального зако-  
 на 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 соот-  
 ветствии 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 пред-  
 ставителем 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)

**Отказ от медицинского вмешательства**

Я, \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения,  
 (ФИО (при наличии) и дата рождения гражданина либо законного представителя)  
 зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_  
 (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

в отношении \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения,  
 (ФИО (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) \_\_\_\_\_ (ФИО (при наличии) гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (ФИО (при наличии) медицинского работника)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г.  
 (дата оформления)

**Отказ  
от госпитализации, от предлагаемого лечения, от продолжения лечения**

На основании статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» Я,

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента, дата рождения)

Находясь в БУ РК «Республиканская больница им. П.П. Жемчуева» (358000, РК, г. Элиста, ул. Пушкина, 52) (далее – медицинская организация) или законный представитель пациента

\_\_\_\_\_  
(ФИО пациента) (ФИО законного представителя)

реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы больного, адрес места жительства

Заявляю отказ от предложенной мне (пациенту) медицинской помощи, а именно:

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента, дата рождения)

от госпитализации, от предлагаемого лечения, от продолжения лечения, от медицинского вмешательства (нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_  
(название медицинского вмешательства)

Мне разъяснены возможные последствия отказа, а именно

\_\_\_\_\_  
О своем (пациента) заболевании и возможных осложнениях его течения информирован (а), рекомендации по лечению получил(а).

Я (пациент или законный представитель) не буду иметь каких-либо претензий к медицинской организации в случае развития негативных последствий вследствие моего решения.

Пациент \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(ФИО, подпись, дата)

Законный представитель \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(ФИО, подпись, дата)

Врач \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(ФИО, подпись, дата)

**Решение (АКТ)  
об отказе оформить информированное добровольное согласие  
на медицинское вмешательство / отказ от медицинского вмешательства**

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_г. \_\_\_\_\_ пациенту (ке) \_\_\_\_\_  
(дата, время) (ФИО)

было предложено оформить информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство / отказ от медицинского вмешательства. Устно представлена в доступной для понимания форме полная информация о целях и методах оказания медицинской помощи, о результатах, возможных рисках и последствиях медицинского вмешательства / последствиях отказа от медицинского вмешательства.

От оформления и подписи ИДС / отказа от медицинского вмешательства \_\_\_\_\_ отказался (отказалась).

Врач (Должность, ФИО и подпись) \_\_\_\_\_  
Врач (Должность, ФИО и подпись) \_\_\_\_\_  
Медицинская сестра (ФИО и подпись) \_\_\_\_\_

Приложение № 14

**Решение (консилиум)  
о проведении медицинского вмешательства (операции)  
без согласия пациента**

В соответствии с п.9 ст 20 ФЗ от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» принято решение о необходимости неотложного медицинского вмешательства (операции без согласия пациента)

\_\_\_\_\_ (ФИО пациента)  
в его интересах.

Основания:

1. состояние пациента, не позволяющее ему выразить свою волю:

\_\_\_\_\_

2. Отсутствие законного представителя пациента:

- не достигшие 15 летнего возраста;
- признанного в установленном порядке недееспособным

Подписи членов консилиума

Должность, ФИО и подпись \_\_\_\_\_

Должность, ФИО и подпись \_\_\_\_\_

Должность, ФИО и подпись \_\_\_\_\_

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ год