

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ВЦГПХ

ПРИКАЗ

27.12.2022

№ 106-А

**Об унифицированных формах медицинской документации**

В соответствии с требованиями Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказа Минздрава России от 31.07.2020 № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности», приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 05.08.2022 № 530н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и порядков их ведения», приказываю:

1. Ввести унифицированные учетные формы с 01.03.2023
  - 1.1 № 001/у "Журнал учета приема пациентов и отказов в оказании медицинской помощи в стационарных условиях, в условиях дневного стационара";
  - 1.2 № 003/у "Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара";
  - 1.3 № 007/у "Лист ежедневного учета движения пациентов и коечного фонда медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара";
  - 1.4 № 008/у "Журнал учета оперативных вмешательств (операций) в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара";
  - 1.5 № 016/у "Сводная ведомость учета движения пациентов и коечного фонда медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара";
  - 1.6 № 066/у "Статистическая карта выбывшего из медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара".
2. В связи с оказанием специализированной офтальмологической помощи внести в медицинскую документацию следующие формы:
  - 2.1 Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (приложение № 1 к приказу);
  - 2.2 Информированное добровольное согласие на операцию (приложение № 2 к приказу);
  - 2.3 Согласие пациента на обработку персональных данных (приложение № 3 к приказу);
  - 2.4 Status localis (приложение № 4 к приказу);
  - 2.5 План офтальмологических диагностических исследований (приложение № 5 к приказу);
  - 2.6 Информированное добровольное согласие на посещение ВЦГПХ и хирургическую операцию на глаза с применением медицинского изделия Аллотрансплантат для хирургии «Аллоплант» (приложение № 6 к приказу);



- 2.7 Протокол врачебной подкомиссии о назначении медицинского изделия Аллотрансплантат для хирургии «Аллоплант» (приложение № 7 к приказу);
  - 2.8 Отказ от медицинского вмешательства согласно приказу Министерства здравоохранения РФ 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» (приложение № 8 к приказу);
  - 2.9 Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство ребёнку (приложение № 9 к приказу);
  - 2.10 Отказ от медицинского вмешательства ребёнку (приложение № 10 к приказу);
  - 2.11 Оценку контроля качества медицинской помощи (приложение № 11 к приказу).
3. Назначить заведующих офтальмологическими отделениями, заведующего приёмным отделением ответственными за ведение унифицированных учётных форм в вверенных им отделениях и ознакомить медицинский персонал отделений, заполняющий унифицированные формы с настоящим приказом под подпись.
  4. Документоведу Габитовой Н.Н. ознакомить ответственных лиц под подпись.
  5. Контроль оставляю за собой.

И.о. директора



Р.З. Кадыров



**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (ВЦГПХ)**

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

\_\_\_\_\_ года

Я \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество - полностью)

адрес: \_\_\_\_\_

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

Я, паспорт: \_\_\_\_\_ Выдан: \_\_\_\_\_

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

поставлен (а) в известность, что я госпитализирован (а) в отделение \_\_\_\_\_ (наименование отделения)

Обратившись за медицинской помощью в ВЦГПХ, ознакомлен(а) с необходимым первичным планом обследования и возможными методами лечения, включающими в себя: • опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; • осмотр врача; • антропометрические исследования, термометрия, тонометрия; • лабораторные методы исследования из пальца, из вены (в том числе клинические, биохимические, вирусологические, иммунологические);

• рентгенологические методы исследования (R-исследования, КТ, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования);  
• проведение консультаций специалистов; • неинвазивные исследования органа зрения, зрительных функций, органа слуха и слуховых функций;

• исследования функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); • проведение инструментальных методов исследования; • функциональные методы обследования (электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы); • введение лекарственных средств по назначению врача (внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно);

• физиотерапевтическое лечение; медицинский массаж; иглорефлексотерапия.

- Я проинформирован(а) об условиях оказания медицинской помощи, мне даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого), рисках и последствиях, связанных с оказанием медицинской помощи, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

- Я разрешаю (не разрешаю) предоставлять в случае необходимости мою (моего представляемого) медицинскую информацию о диагнозе, степени тяжести и характере заболевания за исключением ознакомления с медицинской документацией, предоставления копий медицинской документации, следующим лицам: - всем без ограничений; - ограниченному кругу лиц: \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. лиц, допущенных к медицинской информации)

- Я разрешаю (не разрешаю) предоставлять мою (моего представляемого) медицинскую информацию всем должностным лицам, причастным к данному случаю оказания мне (моему представляемому) медицинской помощи.

- Я разрешаю (не разрешаю) использовать мою (моего представляемого) медицинскую информацию для ведения электронной формы документации.

- Я разрешаю (не разрешаю) использовать мою (моего представляемого) медицинскую информацию и медицинскую документацию для проведения экспертизы качества оказания мне (моему представляемому) медицинской помощи, в том числе с привлечением независимых специалистов.

- Я разрешаю (не разрешаю) передавать мне информацию о состоянии моего здоровья в случае негативного прогноза развития моего заболевания.

При негативном прогнозе в развитии моего заболевания разрешаю передавать мою медицинскую информацию: - всем без ограничений; - ограниченному кругу лиц: \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. лиц, допущенных к медицинской информации)

- Я ознакомлен(а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима и обязуюсь их соблюдать;

- Я в доступной форме информирован(а) о целях, методах, характере возможных неблагоприятных эффектах, последствиях диагностических и лечебных процедур, предполагаемых результатов оказания медицинской помощи, возможных вариантах медицинского вмешательства, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения;

- Я извещен(а) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные лекарственные средства и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не назначенных лекарств;

- Я поставил(а) 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) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической, биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах;

- Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, психотропных веществ;

- Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому), в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований: анализа крови общего и биохимического, исследований крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы, и иных возбудителей инфекционных заболеваний, анализа мочи общего, электрокардиографии; проведения рентгеновских, ультразвуковых и эндоскопических исследований и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, диагностических и лечебных пункций, физиотерапевтических процедур и других неинвазивных исследований; Я осведомлен (а) о том, что за сокрытие сведений о наличии у меня ВИЧ-инфекции или венерического заболевания я подлежу уголовной ответственности по статьям 121 и 122 УК РФ;

- Я согласен(а) на осмотр, диагностику и проведение иных медицинских вмешательств медицинскими работниками иных медицинских организаций в медицинских, научных целях с учетом сохранения врачебной тайны;

- Я согласен(а) на осмотр обучающимися образовательных организаций в медицинских, научных и (или) образовательных целях с учетом сохранения врачебной тайны и проинформирован, что имею право отказаться от участия обучающихся в оказании мне (представляемому) медицинской помощи;

- Я информирован (а) о возможности получения лекарственных препаратов, медицинских изделий без взимания платы в соответствии с законодательством Российской Федерации;

- Я согласен(а) получить медицинскую помощь сверх ежегодно утверждаемых программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи за счет своих личных средств и иных источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации;

- Я проинформирован(а), что имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения;

- Я ознакомлен(а), что отказ от лечения, бесконтрольное самолечение, несоблюдение лечебно-охранительного режима, указаний (рекомендаций) медицинского работника, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой медицинской помощи, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья;

- Мне предоставлена возможность получить от врача информацию о существующей статистике возникновения осложнений в ходе лечебно-диагностического процесса, в том числе:



- возможность возникновения аллергических реакций вплоть до анафилактического шока при приеме лекарственных препаратов;
- осложнение при приеме лекарственных препаратов, указанные и не указанные в инструкции по их применению;
- индивидуальные осложнения при проведении инвазивных мероприятий (инъекции, перевязки, установка катетеров и др.);
- иные непредусмотренные и неговоренные осложнения, которые могут возникнуть в процессе лечения, а также я могу задать все касающиеся возможных осложнений вопросы врачу и самостоятельно получить информацию из других источников (литература, СМИ, Интернет, консультация со специалистом);
- Я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, употребленных в настоящем согласии;
- Я ознакомился (лась) со всеми пунктами настоящего документа и понял(а) представленную в доступной форме полную информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, обсудил(а) с врачом все интересующие и непонятные вопросы, получил(а) на заданные вопросы ясные и понятные ответы и добровольно даю согласие на оказание медицинской помощи (обследование и лечение) в предложенном объеме.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.  
(подпись)

Подпись пациента/законного представителя \_\_\_\_\_

Расписался в моем присутствии после проведения разъяснительной беседы:

Врач \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О.)

(подпись)



**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (ВЦГПХ)**

**Информированное добровольное согласие на операцию**

Я \_\_\_\_\_ года рожде-  
ния \_\_\_\_\_  
проинформирован о \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество – полностью) \_\_\_\_\_ (с использованием биоматериала «Аллоплант») \_\_\_\_\_ планируемой мне операции \_\_\_\_\_

Этот раздел бланка заполняется только на ребенка или недееспособных граждан:

Я, \_\_\_\_\_ паспорт: \_\_\_\_\_

Вы- дан: \_\_\_\_\_

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

Хирургическое лечение имеет своей целью создание благоприятных условий для выздоровления и улучшения качества жизни пациента.

- Я знаю, что обязан(а) до проведения оперативного вмешательства поставить в известность оперирующего хирурга о состоянии здоровья, перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в том числе носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных препаратах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов, аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных средств, а также о злоупотреблении алкоголем и(или) наркотическими препаратами и анатомо-физических особенностях моего организма (организма представляемого).

- Я в доступной форме проинформирован(а) о требуемом санитарно-гигиеническом и лечебном режиме перед оперативным вмешательством и после него, возможных последствиях нарушения режима. Я уведомлен(а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) лечащего врача, оперирующего хирурга, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить результаты проведенного оперативного лечения, повлечь за собой невозможность завершения лечения в предполагаемый срок или отрицательно сказаться на моем состоянии здоровья.

- Мне известно, что только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции (его расширение или уменьшение). Я согласен(а) с возможным расширением оперативного вмешательства и изменениями в процессе операции по показаниям. Я проинформирован(а), что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в том числе в связи с возможными осложнениями или особенностями течения заболевания.

- Я информирован(а) об основных преимуществах, сложностях и риске хирургического лечения, включая вероятность осложнений. Осложнения оперативного лечения могут быть обусловлены анатомо-физическими особенностями моего организма. Я осознаю, что проведение оперативного вмешательства сопряжено с такими осложнениями как кровотечение, повреждение органов и тканей, тромбоэмболические осложнения, инфицирование раны, расхождение швов, нарушение функций органов и систем, острая сердечная и дыхательная недостаточность, инсульт, инфаркт миокарда, аритмия, спайки и другими осложнениями, о которых мне сообщил оперирующий хирург. Мне была предоставлена возможность задать вопросы оперирующему хирургу об осложнениях, которые могут возникнуть в период проведения оперативного вмешательства и(или) послеоперационный период и самостоятельно получить информацию из других источников (литература, СМИ, интернет, консультация со специалистом).

- Я проинформирован(а) оперирующим хирургом о возможных конкретных осложнениях в полном объеме в ходе разъяснительной беседы. В случае развития осложнений в период проведения оперативного вмешательства и(или) послеоперационный период претензий к ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России (ВЦГПХ) иметь не буду. Я проинформирован(а), что при проведении оперативного вмешательства не исключена возможность летального исхода или иных неблагоприятных последствий.

- Мне известно, что до начала хирургического вмешательства я могу отказаться от его проведения. При этом я информирован(а) об альтернативных методах лечения, их преимуществах и недостатках, последствиях, предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Я также информирован(а), что в ряде конкретных случаев вид хирургического вмешательства является единственно верным.

- Мне разъяснено, что в случае отказа от оперативного вмешательства возможно прогрессирование моего заболевания (заболевания представляемого) и развитие осложнений, появление (усиление) болевых ощущений, а также обострение хронических, системных заболеваний организма.

- Мне понятно, что послеоперационный восстановительный процесс строго индивидуален по длительности и характеру течения.

- Понимая сущность предложенного оперативного вмешательства и уникальность собственного организма (организма представляемого), я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого оперативного вмешательства. Я понимаю, что ожидаемый мной результат оперативного вмешательства не гарантирован. Мне оперирующим хирургом в доступной форме предоставлена полная информация о целях, методике проведения оперативного вмешательства, связанном с ними риске, возможных осложнениях, показаниях к проведению оперативного вмешательства, возможных вариантах медицинского вмешательства, его последствиях и предполагаемых результатах альтернативных видов вмешательств, а также предполагаемых результатах проведения оперативного вмешательства.

- Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них. Я понял(а) значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе. Дополнительных условий для проведения оперативного вмешательства мною не выдвигаются.

- Я ознакомился(лась) со всеми пунктами настоящего документа и понял(а) представленную в доступной форме полную информацию о цели, методике проведения оперативного вмешательства, связанном с ним риске, возможных осложнениях, показаниях к проведению оперативного вмешательства, возможных вариантах медицинского вмешательства, его последствиях и предполагаемых результатах альтернативных видов вмешательств, предполагаемых результатах проведения оперативного вмешательства, обсудил(а) с врачом все интересующие и непонятные вопросы, получил(а) на заданные вопросы ясные и понятные ответы и добровольно, осознанно, без какого-либо принуждения даю согласие на проведение предложенного оперативного вмешательства.

- Я разрешаю передать информацию о нахождении на лечении и состоянии моего здоровья и здоровья ребенка, за исключением ознакомления с медицинской документацией, предоставления копий медицинской документацией, следующим лицам:

(Ф.И.О.)



\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

Подпись пациента/законного  
представителя \_\_\_\_\_  
(подпись)

Расписался в моем присутствии после ознакомления с настоящим согласием и проведения разъяснительной беседы:

Врач \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_  
(подпись)



**Согласие пациента на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_ Паспорт \_\_\_\_\_ (серия, номер)  
 Выдан \_\_\_\_\_ (когда и кем выдан)  
 Адрес регистрации: \_\_\_\_\_

В лице представителя субъекта персональных данных (заполняется в случае получения согласия от представителя субъекта персональных данных, в т.ч. законного представителя)

Адрес \_\_\_\_\_

(Ф.И.О.) \_\_\_\_\_  
 Паспорт \_\_\_\_\_ (серия, номер) Выдан \_\_\_\_\_ (когда и кем выдан)  
 Адрес регистрации \_\_\_\_\_

- В соответствии с требованиями статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ даю согласие свободно, своей волей и в своем интересе на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных (сбор, запись, систематизацию, накопление, обезличивание, хранение, обновление и изменение, извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) Федеральному государственному бюджетному образовательному учреждению высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, юридический адрес: 450008, Российская Федерация, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Ленина, д. 3, фактический адрес: 450083, Российская Федерация, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Зорге, д. 67/1, (далее - Оператор), включающих: фамилию, имя, отчество (при наличии), пол, дату рождения, место рождения, место жительства, место регистрации, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, контактный телефон, место работы и должность, данные о полисе обязательного медицинского страхования, добровольного медицинского страхования, страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), данные о фактах обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе, вид и условия оказания медицинской помощи, сроки оказания медицинской помощи, объем оказанной медицинской помощи, результат обращения за медицинской помощью, серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии), сведения об оказанных медицинских услугах, примененные порядки и стандарты медицинской помощи, сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую услугу, лабораторные анализы, сведения, дающие право на социальные льготы (сирота, инвалид и т.д.), социальный статус, иные данные, необходимые для оказания мед.помощи, видеозапись, запись речи в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, для защиты жизни и здоровья субъекта персональных данных, осуществления внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования при условии, что обработка данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

- Я предоставляю право медицинским работникам, участвующим в оказании мне медицинской помощи, передавать мои персональные данные иным работникам Оператора в интересах моего обследования, лечения, осуществления внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, оценки качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий и в иных служебных целях.

- В целях практической подготовки обучающихся по профессиональным образовательным программам я свободно, своей воле и в своем интересе предоставляю право передавать мои персональные данные обучающимся Оператора, обучающимся клиническим ординаторам ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава РФ, юридический адрес: 450008, Российская Федерация, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Ленина, д. 3; ГАПОУ РБ «Уфимский медицинский колледж», юридический адрес: 450059, Российская Федерация, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Р. Зорге, д.27.

- Я свободно, своей воле и в своем интересе предоставляю право на проведение видео-, аудиозаписи в период нахождения в помещениях и на территории Оператора с научной, медицинской и образовательной целями, а также в целях обеспечения антитеррористической защищенности помещений, территории Оператора, обеспечения сохранности имущества пациентов, фиксации иных действий противоправного характера, осуществления внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, персонифицированного учета в системе обязательного медицинского страхования.

*Для пациентов, являющихся иностранными гражданами, лицами без гражданства:*

- Я свободно, своей волей и в своем интересе предоставляю право передавать мои персональные данные в объеме, предусмотренном нормативными правовыми актами в сфере миграционного учета в Российской Федерации, в том числе Ф.И.О., дата рождения, пол, место рождения, данные документа удостоверяющего личность, реквизиты документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в Российской Федерации, цель въезда, профессия, дата въезда, срок пребывания, данные миграционной карты, телефон (при наличии), сведения о законных представителях, адрес места пребывания, прежнего места пребывания в Российской Федерации, в органы миграционного учета непосредственно или с использованием входящих в состав сети электросвязи средств и программного обеспечения АО «ПФ «СКБ Контур» Контур Отель с целью использования обязанностей ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России по представлению уведомлений о прибытии иностранного гражданина, лица без гражданства и места пребывания и убытия иностранного гражданина, лица без гражданства.

*Для пациентов, являющихся гражданами Российской Федерации, зарегистрированными в других субъектах Российской Федерации:*

- Я свободно, своей волей и в своем интересе предоставляю право передавать мои персональные данные в объеме, предусмотренном нормативными правовыми актами в сфере регистрационного учета граждан Российской Федерации по месту пребывания и по месту жительства в пределах Российской Федерации, в том числе Ф.И.О., дата рождения, пол, место рождения, гражданство, дата и адрес регистрации по месту жительства/пребывания, наименование и код органа регистрационного учета, данные документа, удостоверяющего личность, данные о перемене Ф.И.О. и прочие сведения в территориальный орган федерального органа исполнительной власти в сфере внутренних дел непосредственного или с использованием входящих в состав сети электросвязи средств и программного обеспечения АО «ПФ «СКБ Контур» Контур Отель с целью использования обязанностей ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России по предоставлению адресных листов прибытия, убытия.

- Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включая в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) в системе обязательного медицинского страхования, системе добровольного медицинского страхования, системе высокотехнологичной медицинской помощи.

- Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе обязательного медицинского страхования, добровольного медицинского страхования на обмен (прием и передачу) моих персональных данных со страховой(ыми) организацией(ями)



ции)

и территориальным фондом обязательного медицинского страхования с использованием цифровых носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

- Я проинформирован, что **Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации** гарантирует обработку моих персональных данных в соответствии с действующим законодательством РФ как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом.

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_ и действует бессрочно.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет для стационарных и амбулаторных карт двадцать пять лет.

Данное согласие может быть отозвано в любой момент посредством по моему письменному заявлению, которое может быть направлено мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной мне до этого медицинской помощи.



Подпись субъекта персональных данных (с расшифровкой)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



ФИО пациента \_\_\_\_\_

**Status localis:**

	OD	OS
1) Глазница и окружающие её ткани	<input type="checkbox"/> без видимой патологии <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> без видимой патологии <input type="checkbox"/> _____
2) Глазная щель	<input type="checkbox"/> среднего размера <input type="checkbox"/> форма <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> среднего размера <input type="checkbox"/> форма <input type="checkbox"/>
3) положение глаза в глазнице и его движения	<input type="checkbox"/> правильное <input type="checkbox"/> Подвижность: <input type="checkbox"/> движения в полном объеме <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> правильное <input type="checkbox"/> Подвижность: <input type="checkbox"/> движения в полном объеме <input type="checkbox"/>
4) веки	<input type="checkbox"/> в норме <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> в норме <input type="checkbox"/>
5) слезные органы	<input type="checkbox"/> без патологии <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> без патологии <input type="checkbox"/>
6) конъюнктивa	<input type="checkbox"/> бледно-розовая <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> бледно-розовая <input type="checkbox"/>
7) склера	<input type="checkbox"/> без патологии <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> без патологии <input type="checkbox"/>
8) роговица	<input type="checkbox"/> без патологии <input type="checkbox"/> помутнения: _____ 	<input type="checkbox"/> без патологии <input type="checkbox"/> помутнения: _____ 
9) передняя камера	<input type="checkbox"/> мелкая, средней глубины, глубокая, неравномерная, не просматривается <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> мелкая, средней глубины, глубокая, неравномерная, не просматривается <input type="checkbox"/>
10) радужка и зрачок	<input type="checkbox"/> структурирована <input type="checkbox"/> _____ Зрачок: <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> структурирована <input type="checkbox"/> _____ Зрачок: <input type="checkbox"/> _____
11) хрусталик	<input type="checkbox"/> прозрачный <input type="checkbox"/> помутнение <input type="checkbox"/> отсутствует ИОЛ (смещена, по центру)	<input type="checkbox"/> прозрачный <input type="checkbox"/> помутнение <input type="checkbox"/> отсутствует ИОЛ (смещена, по центру)
12) стекловидное тело	<input type="checkbox"/> прозрачное <input type="checkbox"/> помутнения <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> прозрачное <input type="checkbox"/> помутнения <input type="checkbox"/> _____
13) глазное дно	ДЗН цвет: <input type="checkbox"/> ярко-, бледно-розовый, бледноват, бледный, восковидный, серый границы: <input type="checkbox"/> четкие <input type="checkbox"/> ступеваны (носовая, височная, нижняя, верхняя) <input type="checkbox"/> экскавация _____ <input type="checkbox"/> _____ Сосуды: <input type="checkbox"/> в норме <input type="checkbox"/> сужены, склерозированы, извитые <input type="checkbox"/> расширены Сетчатка: <input type="checkbox"/> розовая Патологические очаги: <input type="checkbox"/> _____ _____ _____ Макула (макулярный рефлекс): <input type="checkbox"/> яркий, сглажен <input type="checkbox"/> отсутствует _____ _____	ДЗН цвет: <input type="checkbox"/> ярко-, бледно-розовый, бледноват, бледный, восковидный, серый границы: <input type="checkbox"/> четкие <input type="checkbox"/> ступеваны (носовая, височная, нижняя, верхняя) <input type="checkbox"/> экскавация _____ <input type="checkbox"/> _____ Сосуды: <input type="checkbox"/> в норме <input type="checkbox"/> сужены, склерозированы, извитые <input type="checkbox"/> расширены Сетчатка: <input type="checkbox"/> розовая Патологические очаги: <input type="checkbox"/> _____ _____ _____ Макула (макулярный рефлекс): <input type="checkbox"/> яркий, сглажен <input type="checkbox"/> отсутствует _____ _____

Предварительный диагноз: \_\_\_\_\_



План офтальмологических диагностических исследований

ФИО пациента \_\_\_\_\_

	Диагностическое мероприятие	Дата проведения:	Дата проведения:	Дата проведения:	Дата проведения:	Дата проведения:
		«____» 20__г. Врач:	«____» 20__г. Врач:	«____» 20__г. Врач:	«____» 20__г. Врач:	«____» 20__г. Врач:
С 204	Визометрия					
	Периметрия (по Гольдману)					
	Аutoreфрактометрия					
	Офтальмометрия					
	Автотонометрия					
В 229	Периметрия комп. (30°, 60°)					
В 227 В 228	УЗБ (ультразвуковая биометрия)					
	В-сканирование					
	УБМ (ультразвуковая биомикроскопия)					
	Расчет ИОЛ (интраокулярная линза)					
	Кератопахиметрия					
	Доплерография (УЗДС) сосудов глаза					
	УЗИ орбиты					
С 206	i-care					
	Анализ биохимических свойств роговицы (ORA)					
	Тонометрия по Маклакову					
В 239	ОКТ (оптическая когерентная томография)	переднего отрезка глазного яблока				
		макулярная область				
		область диска зрительного нерва				
	Эндотелиальн. микроскопия					
	Кератотопография					
С 210	Микропериметрия					
В 225	ЭФИ (электрофизиологическое исследование (пороговая эл.чувствительность, электролабильность))					
С 208	ЗВП (зрительно вызванные потенциалы)					
С 209	ЭРГ (электроретинография)					



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРА-  
НЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ВЦГПХ

**Информированное добровольное согласие  
на посещение ВЦГПХ и хирургическую операцию на глаза с применением биоматериалов Аллоплант**

Я \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) гражданина либо законного представителя)  
\_\_\_\_\_ года рождения, ад-  
рес: \_\_\_\_\_

**Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет или больных наркоман-  
нией, не достигших возраста 16 лет:**

Я, паспорт: \_\_\_\_\_  
Выдан: \_\_\_\_\_  
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка:  
\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. (последнее при наличии) ребенка, год рождения)

в соответствии с требованиями Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю информированное добровольное согласие на посещение ВЦГПХ и **хирургическую операцию на глаза с применением биоматериалов Аллоплант.**

Хирургическое лечение имеет своей целью создание благоприятных условий для выздоровления и улучшения качества жизни пациента.

Я знаю, что обязан(а) до проведения оперативного вмешательства поставить в известность оперирующего хирурга о состоянии здоровья, перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в том числе носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных препаратах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов, аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных средств, а также о злоупотреблении алкоголем и (или) наркотическими препаратами, токсическими средствами и анатомо-физических особенностях моего организма (организма представляемого).

Я в доступной форме проинформирован(а) о требуемом санитарно-гигиеническом и лечебном режиме перед оперативным вмешательством и после него, возможных последствиях нарушения режима. Я уведомлен(а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) лечащего врача, оперирующего хирурга, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить результаты проведенного оперативного лечения, повлечь за собой невозможность завершения лечения в предполагаемый срок или отрицательно сказаться на моем состоянии здоровья (состоянии здоровья представляемого).

Мне известно, что только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции (его расширение или уменьшение). Я согласен(а) с возможным расширением оперативного вмешательства и изменениями в процессе операции по показаниям. Я проинформирован(а), что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в том числе в связи с возможными осложнениями или особенностями течения заболевания.

Я информирован(а) об основных преимуществах, сложностях и риске хирургического лечения, включая вероятность осложнений. Осложнения оперативного лечения могут быть обусловлены анатомо-физическими особенностями моего организма. Я осознаю, что проведение оперативного вмешательства сопряжено с такими осложнениями как кровотечение, повреждение органов и тканей, тромбоэмболические осложнения, инфицирование раны, расхождение швов, нарушение функций органов и систем, острая сер-



дечная и дыхательная недостаточность, инсульт, инфаркт миокарда, аритмия, спайки и другими осложнениями, о которых мне сообщил оперирующий хирург. Мне была предоставлена возможность задать вопросы оперирующему хирургу об осложнениях, которые могут возникнуть в период проведения оперативного вмешательства и(или) послеоперационный период и самостоятельно получить информацию из других источников (литература, СМИ, Интернет, консультация со специалистом). Я проинформирован(а) оперирующим хирургом о возможных конкретных осложнениях в полном объеме в ходе разъяснительной беседы. В случае развития осложнений в период проведения оперативного вмешательства и (или) послеоперационный период претензий к ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России (ВЦГПХ) иметь не буду. Я проинформирован(а), что при проведении оперативного вмешательства не исключена возможность летального исхода или иных неблагоприятных последствий.

Мне известно, что до начала хирургического вмешательства я могу отказаться от его проведения. При этом я информирован(а) об альтернативных методах лечения, их преимуществах и недостатках, последствиях, предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Я также информирован(а), что в ряде конкретных случаев вид хирургического вмешательства является единственно верным.

Мне разъяснено, что в случае отказа от оперативного вмешательства возможно прогрессирование моего заболевания (заболевания представляемого) и развитие осложнений, появление (усиление) болевых ощущений, а также обострение хронических, системных заболеваний организма.

Мне понятно, что послеоперационный восстановительный процесс строго индивидуален по длительности и характеру течения.

Понимая сущность предложенного оперативного вмешательства и уникальность собственного организма (организма представляемого), я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого оперативного вмешательства. Я понимаю, что ожидаемый мной результат оперативного вмешательства не гарантирован. Мне оперирующим хирургом в доступной форме предоставлена полная информация о целях, методике проведения оперативного вмешательства, связанном с ними риске, возможных осложнениях, показаниях к проведению оперативного вмешательства, возможных вариантах медицинского вмешательства, его последствиях и предполагаемых результатах альтернативных видов вмешательств, а также предполагаемых результатах проведения оперативного вмешательства.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них. Я понял(а) значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе. Дополнительные условия для проведения оперативного вмешательства мною не выдвигаются.

Я ознакомился(лась) со всеми пунктами настоящего документа и понял(а) представленную в доступной форме полную информацию о цели, методике проведения оперативного вмешательства, связанном с ним риске, возможных осложнениях, показаниях к проведению оперативного вмешательства, возможных вариантах медицинского вмешательства, его последствиях и предполагаемых результатах альтернативных видов вмешательств, предполагаемых результатах проведения оперативного вмешательства, обсудил(а) с врачом все интересующие и непонятные вопросы, получил(а) на заданные вопросы ясные и понятные ответы и добровольно, осознанно, без какого-либо принуждения даю согласие на проведение предложенного оперативного вмешательства.

Я разрешаю передать информацию о нахождении на лечении и состоянии моего здоровья (здоровья ребенка) *(нужное подчеркнуть)*, в том числе после смерти, за исключением ознакомления с медицинской документацией, предоставления копий медицинской документации, следующим лицам:

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О. (последнее при наличии) гражданина или его законного представителя

\_\_\_\_\_  
(подпись)

Расписался в моем присутствии после ознакомления с настоящим согласием и проведения разъяснительной беседы:

Врач \_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_  
(подпись)



Протокол врачебной подкомиссии о назначении медицинского изделия Аллотрансплантат для хирургии «Аллоплант» от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Подкомиссия в составе: председатель подкомиссии - Р.З. Кадыров, заместитель председателя подкомиссии - С.В. Назарова, врач - офтальмолог - хирург И.З. Гафаров, заведующий офтальмологическим отделением - М.П. Корнилаева, секретарь подкомиссии - С.Р. Гатиятуллина

Рассмотрели вопрос о назначении медицинского изделия Аллотрансплантат для хирургии «Аллоплант» при проведении оперативного вмешательства пациенту:

Ф.И.О.: \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Диагноз: \_\_\_\_\_

Полис \_\_\_\_\_ СНИЛС \_\_\_\_\_

Изучив медицинскую документацию: направление на оперативное лечение, медицинскую карту стационарного больного, информированное добровольное согласие пациента на оперативное вмешательство \_\_\_\_\_, данные \_\_\_\_\_ клинического \_\_\_\_\_ обследования, \_\_\_\_\_ показания к оперативному вмешательству и обоснование применения медицинского изделия Аллотрансплантат для хирургии «Аллоплант» для проведения оперативного вмешательства \_\_\_\_\_

**приняли решение:** Провести оперативное вмешательство пациенту (Ф.И.О, дата рождения) с применением медицинского изделия Аллотрансплантат для хирургии «Аллоплант»:

Наименование Аллопланта: \_\_\_\_\_

доза Аллопланта: \_\_\_\_\_

Председатель подкомиссии \_\_\_\_\_ Р.З. Кадыров

Члены подкомиссии:

заместитель председателя подкомиссии \_\_\_\_\_ С.В. Назарова

врач- офтальмолог- хирург \_\_\_\_\_ И.З. Гафаров

заведующий офтальмологическим отделением \_\_\_\_\_ М.П. Корнилаева

секретарь подкомиссии \_\_\_\_\_ С.Р. Гатиятуллина

Информированное добровольное согласие на проведение оперативного вмешательства с применением медицинского изделия Аллоплант.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Пациенту \_\_\_\_\_ Ф.И.О (дата рождения) разъяснены в доступной форме цели, методы, наименование и доза применения медицинского изделия Аллотрансплантат для хирургии «Аллоплант» при оперативном вмешательстве с применением медицинского изделия Аллотрансплантат для хирургии «Аллоплант».

Медицинское вмешательство осуществляется за счет оплаты фонда ОМС, бюджета бесплатно. Все риски, связанные с проведением оперативного лечения с использованием медицинского изделия Аллотрансплантат для хирургии «Аллоплант» в послеоперационном периоде до пациента доведены и разъяснены.

Пациент \_\_\_\_\_ Ф.И.О. (подпись)



Приложение № 8 к приказу ВЦГПХ от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРА-  
НЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ВЦГПХ

**Отказ от медицинского вмешательства**

Я \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)  
\_\_\_\_\_ года рождения, адрес: \_\_\_\_\_

при оказании медицинской помощи в ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России (ВЦГПХ) отказываюсь от следующих видов медицинского вмешательства:

\_\_\_\_\_

Медицинским работником в доступной для меня форме даны разъяснения о возможных последствиях отказа от медицинского вмешательства, о том числе от госпитализации, осложнениях заболевания, рисках и угрозах для моего здоровья и жизни. Мне разъяснено, что после оформления настоящего отказа я имею право на повторное обращение и дать информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства, включая госпитализацию. Принимаю на себя всю ответственность за свою жизнь и здоровье, осознавая все последствия отказа, выражающиеся в том числе \_\_\_\_\_

Не имею и не буду иметь претензии к медицинскому персоналу ВЦГПХ в случае развития негативных последствий моего отказа от лечения.

Подпись \_\_\_\_\_ Ф.И.О. (последнее при наличии)  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ВЦГПХ

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство ребёнку**

Я \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) гражданина либо законного представителя)  
\_\_\_\_\_ года рождения, адрес: \_\_\_\_\_

**Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет или больных наркоманией, не достигших возраста 16 лет:**

Я, паспорт: \_\_\_\_\_  
Выдан: \_\_\_\_\_  
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка:  
\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. (последнее при наличии) ребенка, год рождения)

в соответствии с требованиями Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю информированное добровольно согласие на медицинские вмешательства при оказании медицинской помощи ребёнку в ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России (ВЦГПХ): **опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация; антропометрические исследования, термометрия, тонометрия; неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); диагностика и лечение (в том числе хирургическое) органа зрения и зрительных функций, органа слуха и слуховых функций, проведения риноскопии, фарингоскопии, не прямой ларингоскопии; лабораторных методов обследования с забором биологических материалов (клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, гематологические, иммунологические); ультразвуковые, введение лекарственных препаратов по назначению врача, в т. ч. перорально, внутримышечно, внутривенно (струйно, капельно), подкожно, внутрикжно;**

- Мне в доступной форме согласно моей воли даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях, особенностях течения заболевания, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания;

- Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма. Я также понимаю, что эффект лечения во многом зависит от поведения самого пациента и его законного представителя, добросовестного выполнения всех рекомендаций лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни.

- Я ознакомлен(а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима и обязуюсь их соблюдать;

- Я в доступной форме информирован(а) о целях, методах, характере и возможных неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях, предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит делать во время их проведения. Я понимаю, что при проведении лечения могут возникнуть осложнения, выражающиеся неблагоприятными реакциями на введение лекарственных препаратов, не только указанные в инструкции, и другие осложнения, о которых мне сообщил врач. Я проинформирована врачом о возможных конкретных осложнениях в полном объеме в ходе разъяснительной беседы. В случае развития осложнений в период лечения претензий к ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России (ВЦГПХ) иметь не буду;



- Я извещен(а) о том, что ребенку необходимо регулярно принимать назначенные лекарственные средства и выполнять другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых лекарств, в т.ч. назначенных другими специалистами;

- Я проинформирован(а) о требуемом санитарно-гигиеническом и лечебном режиме в период стационарного лечения, возможных последствиях нарушения режима. Я уведомлен(а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) лечащего врача, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить результаты проведенного лечения, повлечь за собой невозможность завершения лечения в предполагаемый срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья ребенка;

- Я проинформирован(а), что обязан(а) поставить в известность врача о своем состоянии здоровья и здоровье ребенка, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных ребенком и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической, биологической природы, воздействующих на меня и ребенка во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах, анатомофизических особенностях организма ребенка;

- Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

- Я осведомлен(а) о том, что за сокрытие сведений о наличии у меня и у моего ребенка ВИЧ-инфекции, венерического заболевания я подлежу уголовной ответственности согласно УК РФ;

- Я согласен(а) на осмотр, диагностику и проведение иных медицинских вмешательств медицинскими работниками иных медицинских организаций в медицинских, научных целях с учетом сохранения врачебной тайны;

- Я согласен(а) на участие обучающихся образовательных организаций при оказании медицинской помощи, а также использование сведений, содержащихся в медицинской документации, исключительно в медицинских, научных и (или) образовательных целях с учетом сохранения врачебной тайны и проинформирован о возможности отказаться от участия обучающихся в оказании медицинской помощи;

- Я в доступной форме информирован(а) о возможности получения лекарственных препаратов, медицинских изделий без взимания платы в соответствии с законодательством Российской Федерации;

- Я в доступной форме проинформирован(а), что имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения;

- Мне предоставлена возможность получить от врача информацию о существующей статистике возникновения осложнений, а также задать все интересующие вопросы врачу и самостоятельно получить информацию из других источников (литература, СМИ, Интернет, консультация со специалистом);

- Я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, употребленных в настоящем согласии;

- Я ознакомился (лась) со всеми пунктами настоящего документа и понял(а) представленную в доступной форме полную информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, обсудил(а) с врачом все интересующие и непонятные вопросы, получил(а) на заданные вопросы ясные и понятные ответы и добровольно даю согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.

- В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании медицинской помощи моему ребенку: \_\_\_\_\_

Я разрешаю передать информацию о нахождении на лечении и состоянии моего здоровья и здоровья ребенка, в том числе после смерти, за исключением ознакомления с медицинской документации, предоставления копий медицинской документации, следующим лицам: \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

Подпись пациента/законного представителя \_\_\_\_\_

Расписался в моем присутствии после ознакомления с настоящим согласием и проведения разъяснительной беседы:

Врач \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. (последнее при наличии))

/ \_\_\_\_\_  
(подпись)



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРА-  
НЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ВЦГПХ

**Отказ от медицинского вмешательства ребёнку**

Я \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) гражданина либо законного представителя)  
\_\_\_\_\_ года рождения, адрес: \_\_\_\_\_

**Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет или больных наркома-  
нией, не достигших возраста 16 лет:**

Я, паспорт: \_\_\_\_\_

Выдан: \_\_\_\_\_

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка:

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. (последнее при наличии) ребенка, год рождения)

при оказании медицинской помощи в ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России (ВЦГПХ ) отказываюсь от сле-  
дующих видов медицинского вмешательства:

Медицинским работником в доступной для меня форме даны разъяснения о возможных последствиях отказа от медицинского вмешательства, о том числе от госпитализации, осложнениях заболевания, рисках и угрозах для здоровья и жизни ребенка. Мне разъяснено, что после оформления настоящего отказа я имею право на повторное обращение и дать информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства, включая госпитализацию.

Принимаю на себя всю ответственность за жизнь и здоровье своего ребенка, осознавая все последствия отка-  
за, выражающиеся в том числе \_\_\_\_\_

Не имею и не буду иметь претензии к медицинскому персоналу ВЦГПХ в случае развития негативных по-  
следствий моего отказа от лечения.

Подпись \_\_\_\_\_ Ф.И.О. (последнее при наличии) одного из родителей,  
иного законного представителя

Подпись \_\_\_\_\_ Ф.И.О. (последнее при наличии) одного из родителей,  
иного законного представителя

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года



**Оценка контроля качества медицинской помощи**

Показатели	Коэфф. кач-ва
<b>1) Ведение медицинской карты больного</b>	
заполнены все разделы, имеется согласие пациента на медицинское вмешательство	1
небрежное оформление, неточности и разночтения, неприятые сокращения (аббревиатуры), согласие пациента имеется	0,5
невозможность прочтения, утераны анализы, не записаны заключения проведенных исследований и консультации специалистов, внесены ложные сведения, нет согласия пациента	0
<b>2) первичный осмотр пациента и сроки оказания медицинской помощи в приемном отделении:</b>	
в полном объеме, своевременно	2
выполнен частично	1
несвоевременно	0
<b>3) установление предварительного диагноза:</b>	
своевременно, обоснованно	1
не отмечены сопутствующие заболевания	0,5
не соответствует клинике	0
<b>4) план обследования</b>	
оптимальный, соответствует стандартам	2
неполное обследование	1
не соответствует стандартам	0
<b>5) план лечения</b>	
оптимальный	2
неполный	1
несоответствующий	0
<b>6) назначение лекарственных препаратов</b>	
своевременно, оптимально, соответствует инструкциям и стандартам, обоснование, заключение КЭК (при необходимости) есть, риск минимизирован, преемственность соблюдена, адекватные сроки, целевой результат достигнут	2
неполно, избыточно (полипрагмазия), несвоевременно начато, необоснованно длительно, целевой результат достигнут частично	1
не соответствует стандартам, преемственность нарушена, риск не минимизирован, целевой результат не достигнут, нет заключения КЭК (при необходимости)	0
<b>7) план операции</b>	
в оптимальном объеме, в соответствии с заболеванием, с заполнением предоперационного эпикриза и медицинского заключения о необходимости трансплантации биоматериалов Аллоплант (при наличии показаний)	2
выполнено частично, избыточно	1
не указаны	0
<b>8) клинический диагноз</b>	
клинический диагноз установлен в течение 72 часов с момента поступления пациента в отделение, полно, обоснованно	2
не полностью сформулирован, недостаточно обоснован, нарушена структура диагноза, не отмечены сопутствующие заболевания	1
установлен несвоевременно, не соответствует клинике, расхождение с патологоанатомическим диагнозом ( в случае его проведения)	0
<b>9) сложные длительные дополнит. исследования (при необходимости)</b>	
внесены своевременно, в полном объеме, заверены подписью заведующего	2
выполнен частично, недостаточно обосновано	1
отсутствует запись и подпись заведующего	0
<b>10) заключение ВК о необходимости допол. исследований в другом стационаре</b>	
заключение соответствует установленным требованиям	2
не полностью соответствует требованиям	1
не проведено, заключения нет	0
<b>11) консилиум врачей (при необходимости)</b>	
соответствует установленным требованиям	2
не полностью соответствует требованиям	1
не соответствует требованиям	0

Показатели	Коэфф. кач-ва
<b>12) обоснование клинического диагноза с подписями леч. врача и зав. отделом</b>	
соответствует установленным требованиям	1
не полностью соответствует требованиям	0,5
не соответствует требованиям	0
<b>13) осмотр с записью в карте зав.отд. при поступлении и не реже 1р/нед</b>	
соответствует обязательному порядку	2
частично соответствует	1
не соответствует	0
<b>14) коррекция плана обследования и лечения с учетом д-за и сост. пациента</b>	
соответствует требованию	2
частично соответствует	1
не соответствует	0
<b>15) коррекция плана обследования и лечения по результатам осмотра зав.отд.</b>	
соответствует требованию	2
частично соответствует	1
не соответствует	0
<b>16) коррекция плана обследования и лечения по результатам осмотра зав. отд. при изменении ст.тяжести состояния пациента</b>	
соответствует требованию	2
частично соответствует	1
не соответствует	0
<b>17) назначение лекарственных препаратов, не включенных в перечень ЖНВЛ, с протоколом Врачебной Комиссии</b>	
соответствует требованию	1
не соответствует требованию	0
<b>18) перевод пациента в др. больницу с протоколом Врачебной комиссии</b>	
соответствует требованию	2
частично соответствует требованию	1
не соответствует требованию	0
<b>19) проведение экспертизы временной нетрудоспособности</b>	
своевременно, в полном объеме, заключение соответствует установленным требованиям	2
несвоевременно, не полностью соответствует требованиям	1
не проведена, заключение необоснованно	0
<b>20) проведение при летальном исходе патолого-анатомического вскрытия</b>	
соответствует установленному порядку	2
частично соответствует	1
не соответствует	0
<b>21) отсутствие расхождения клинического и патолого-анатомического диагнозов</b>	
отсутствует расхождение	2
частичное расхождение	1
Расхождение	0
<b>22) оформление выписки</b>	
соответствует требованию	1
частично соответствует требованию	0,5
не соответствует требованию	0
Сумма баллов (max ___)	39



коэффициент качества медицинской помощи (КМП):

КМП = сумма баллов по каждому критерию (1 – 22), деленная на 39;

○ качественно оказанная медицинская помощь (КМП > 0,8);

○ качественно оказанная медицинская помощь, сопровождавшаяся единичными дефектами медицинской помощи, которые не привели и не могли привести к ухудшению состояния здоровья пациента или его смерти (КМП 0,58 – 0,8);

○ некачественно оказанная медицинская помощь (КМП < 0,58).

Дата: \_\_\_\_\_

Зав. отделением