

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

ВЦГПХ

ПРИКАЗ

02.09.2022

№ 62-А

г. Уфа

**Об информированных добровольных согласиях, подписываемых пациентом
при оказании различных видов медицинской помощи**

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 апреля 2012 года № 406н "Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи", приказа 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», приказываю:

Утвердить:

1. СОП « Обеспечение прав граждан на информированное добровольное согласие в том числе на медицинское вмешательство и на отказ от него» (Приложение №1)
2. Форму информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, на которое пациенты дают информированное добровольное согласие для получения медицинской помощи (Приложение №2)
3. Форму информированного добровольного согласия на хирургическую операцию (Приложение №3)
4. Форму отказа от медицинского вмешательства, на которое пациент даёт информированное добровольное согласие для отказа от получения медицинской помощи (Приложение №4)
5. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство ребенку (Приложение №5)
6. Форму отказа от медицинского вмешательства, на которое пациент даёт информированное добровольное согласие для отказа от получения медицинской помощи ребёнку (Приложение №6)

7. Форму информированного добровольного согласия на проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства (Приложение №7)
8. Форму информированного добровольного согласия на переливание крови, ее компонентов или кровезаменителей (Приложение №8)
9. Форму информированного добровольного согласия на оказание платных медицинских услуг (Приложение №9).
10. Форму Протокола решения консилиума врачей о проведении медицинского вмешательства без согласия пациента (Приложение №10)
11. Форму заявления о согласии на медицинское вмешательство с применением аллотрансплантатов для хирургии (Аллоплант) (Приложение №11)
12. Форму Информированного добровольного согласия на обработку персональных данных (Приложение №12)
13. Форму информированного добровольного согласия на проведение оперативного вмешательства с применением медицинского изделия Аллоплант.
14. Специалисту по информационным ресурсам Сайтову Д.А. обеспечить размещение информации по информированному добровольному согласию на медицинское вмешательство, форму отказа от медицинского вмешательства на официальном сайте ВЦГПХ.
15. Контроль за выполнением приказа возложить на заведующих офтальмологическими отделениями, заведующего отделением анестезиологии-реанимации, заведующего отделением хирургии головы и шеи.

И.о директора






Р.З.Кадыров

Исполнитель:
заведующий отделом контроля качества
и безопасности медицинской деятельности
С.В.Назарова
тел: 2934212
вн.245



СОП

	ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России ВЦГПХ			
Обеспечение прав граждан на информированное добровольное согласие, в том числе на медицинское вмешательство и на отказ от него				
Страница 3 от 32	Редакция:	В силе от:	Утвердил	Копия номер
	2	01.09.2022г.	и.о.директора Р.З.Кадыров 	1

СОП по обеспечению прав граждан на информированное добровольное согласие в том числе на медицинское вмешательство и на отказ от него (далее – СОП) разработан во исполнение статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон).

Формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и на отказ от него (далее – ИДС, приложения к Инструкции) применяются в части, не противоречащей действующему законодательству.

Формы ИДС на медицинское вмешательство и на отказ от него утверждены приказом ВЦГПХ.

Основными признаками, определяющими необходимость получения отдельного согласия пациента на медицинское вмешательство, является наличие риска причинения вреда жизни и здоровью пациента в результате медицинского вмешательства непосредственно во время его выполнения, или высокой степени вероятности развития осложнений как в ближайшее после проведения медицинского вмешательства время, так и при риске возникновения отдаленных негативных последствий.

В целях решения вопроса об оформлении отдельного подробного ИДС на различные медицинские вмешательства, медицинскими работниками (лечащим врачом, заведующим отделением, консилиумом) определяется риск причинения вреда жизни и здоровью пациента в результате каждого конкретного медицинского вмешательства, о чем информируется пациент.

Менее опасные медицинские вмешательства, не представляющие непосредственной опасности для жизни и здоровья, могут быть представлены в комплексе диагностических и лечебных мероприятий, и согласие пациента может быть получено на весь комплекс необходимых медицинских вмешательств. Информация о не рискованных методах диагностики и лечения может быть

предоставлена пациенту в форме стандартного бланка с указанием необходимой информации о медицинском вмешательстве и требований к поведению пациента.

Исходя из разграничения медицинских вмешательств по риску причинения вреда жизни и здоровью пациента рекомендуется использовать следующий подход к разработке форм ИДС:

- формы для ИДС, которые берутся при госпитализации в отделение, предусматривающие общую информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи;

Во всех формах ИДС предусматривается следующая информация:

- Наименование медицинской организации, Ф.И.О. медицинского работника (лечащего врача);
- Ф.И.О. пациента и законного представителя пациента;
- Наименование медицинского вмешательства;
- Цель медицинского вмешательства;
- Методы оказания медицинской помощи;
- Возможные варианты медицинского вмешательства;
- Последствия и риски медицинского вмешательства;
- Предполагаемые результаты оказания медицинской помощи;
- Право и последствие отказа от медицинского вмешательства;
- Дополнительная специализированная информация (указываемая, в соответствии с требованиями законодательства РФ при различных видах медицинских услуг).

ИДС берется у обратившегося за медицинской помощью лица до непосредственного осуществления медицинских вмешательств.

Информация о состоянии здоровья гражданина предоставляется ему, а в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет (для больных, страдающих наркоманией, не достигших 16 лет), и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, - их законным представителям лечащим врачом или другими специалистами, принимающими непосредственное участие в обследовании и лечении.

В целях исключения возможного недопонимания со стороны пациента и связанных с этим претензий, до подписания пациентом ИДС рекомендуется представлять следующую информацию:

- информацию о медицинской организации, осуществляющей медицинское вмешательство (в т.ч. наличие лицензии), информацию о лечащем враче, заведующем отделением, режиме отделения, контролирурующих организациях, сведения о правах и обязанностях пациента;

- информацию о состоянии здоровья больного: его заболевании, планируемом обследовании, прогнозе заболевания, возможных осложнениях заболевания, включая отдаленные последствия, риски для здоровья пациента при его отказе от отдельных медицинских вмешательств;

- информацию о медицинских вмешательствах: методах лечения, связанном с лечением риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, его результатах и последствиях, включая отдаленные последствия, неприятных, в том числе болевых, ощущениях которые могут возникнуть в ходе лечения и обследования.

ИДС при оказании медицинской помощи оформляется исключительно в письменной форме с подписями врача, предоставившего информацию, и пациента (его законного представителя), датой подписания и хранится в составе медицинской документации независимо от условий оказания медицинской помощи.

Решение о медицинском вмешательстве без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя принимается:

1) в случаях, если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители, а также в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих (Постановление Правительства РФ от 01.12.2004г. № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих») - консилиумом врачей, а в случае, если собрать консилиум невозможно, - непосредственно лечащим (дежурным) врачом с внесением такого решения в медицинскую документацию пациента и последующим уведомлением должностных лиц медицинской организации (директора или заведующего отделением), гражданина, в отношении которого проведено медицинское вмешательство, одного из родителей или иного законного представителя лица, в отношении которого проведено медицинское вмешательство.

2) в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами и лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления) - судом в случаях и в порядке, которые установлены законодательством Российской Федерации.

Факт отсутствия ИДС, в том числе при правильном диагнозе и лечении, признается несоблюдением прав пациента в процессе оказания ему медицинской помощи, и квалифицируется как ненадлежащее исполнение медицинским работником своих профессиональных обязанностей.

ИДС считается не имеющим юридической силы при отсутствии хотя бы одного из обязательных составляющих (Ф.И.О. пациента и врача, подписи пациента и врача, дата пациента и врача, описание медицинских вмешательств,

риски, возможность отказа и его последствия, обоснования вмешательств без получения согласия и т.д.).

Перечень случаев, когда требуется добровольное информированное согласие на проведение медицинской процедуры указан в приложениях к приказу.

1. Форма информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, на которое пациенты дают информированное добровольное согласие для получения медицинской помощи.

2. Форму информированного добровольного согласия на хирургическую операцию.

3. Форма отказа от медицинского вмешательства, на которое пациент даёт информированное добровольное согласие для отказа от получения медицинской помощи.

4. Форма информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство ребенку.

5. Форма отказа от медицинского вмешательства, на которое пациент даёт информированное добровольное согласие для отказа от получения медицинской помощи ребёнку.

6. Форма Протокола решения консилиума врачей о проведении медицинского вмешательства без согласия пациента .

7. Форма заявления о согласии на медицинское вмешательство с применением аллотрансплантатов для хирургии («Аллоплант»).

8. Форма информированного добровольного согласия на проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства.

9. Форма информированного согласия на переливание крови, ее компонентов или кровезаменителей.

10. Форма информированного добровольного согласия на оказание платных медицинских услуг.

11. Форма информированного добровольного согласия на обработку персональных данных.

12. Форму информированного добровольного согласия на проведение оперативного вмешательства с применением медицинского изделия Аллоплант.

ФОРМА

Приложение №2
к приказу ВЦГПХ № 62-А
« 02 » 09 2022г.

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

ВЦГПХ

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я _____
(фамилия, имя, отчество – полностью)

_____ года

рождения,

адрес: _____

Этот раздел бланка заполняется только на недееспособных граждан:

Я, _____ паспорт: _____

– Выдан: _____

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

или лица, признанного недееспособным:

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

поставлен (а) в известность, что госпитализирован (а) в отделение

_____ (указать наименование отделения)

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

- 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 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 проинформирован (а), что обязан(а) поставить в известность врача о своем состоянии здоровья (здоровья представляемого), 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, анатомо-физических особенностях моего организма (организма представляемого);
- Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;
- 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, 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 осведомлена (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 участие обучающихся образовательных организаций при оказании мне (представляемому) медицинской помощи в медицинских, научных и (или) образовательных целях с учетом сохранения врачебной тайны и проинформирован о возможности отказаться от участия обучающихся в оказании

мне (представляемому) 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 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 в доступной форме 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 (рекомендации) медицинского работника, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество представляемой медицинской помощи, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья (здоровья представляемого);

- 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.

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

« _____ » _____ 20__ года Подпись пациента/законного
представителя _____ (подпись)

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

Врач _____ (Ф.И.О.) (подпись)

ФОРМА

Приложение №3
к приказу ВЦГПХ №62А
«02» 09 2022г.

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

Информированное добровольное согласие на хирургическую операцию

Я _____
(фамилия, имя, отчество – полностью ____ года рождения, проинформирован о планируемой мне операции (с использованием биоматериала «Аллоплант»)

Этот раздел бланка заполняется только на ребенка или недееспособных граждан: Я, _____ паспорт: _____ _____ Выдан: _____ 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, имеющих 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 понуждения 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

документации, предоставления копий медицинской документации, следующим лицам:

« _____ » _____ 20 ____ года Подпись _____ пациента/законного представителя _____ (подпись)

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

Врач _____ (Ф.И.О.) (подпись)

ФОРМА

Приложение №4
к приказу ВЦГПХ № 62А
«02» 09 2022г.

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

Отказ медицинского вмешательства

Я, _____

Ф.И.О. пациента

проживающий по адресу: _____

адрес

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

Мне разъяснено, что после оформления настоящего отказа, при возникновении необходимости проведения отдельного вида медицинского вмешательства, я имею право дать информированное добровольное согласие на одно или несколько видов медицинских вмешательств, указанных в настоящем отказе от видов медицинского вмешательства. Медицинским работником в доступной для меня форме даны разъяснения о возможных последствиях отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, осложнениях заболевания, рисках и угрозах для моего здоровья и жизни, 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. гражданина

ФОРМА

Приложение №5
к приказу ВЦГПХ № 62-А
«03» 09 2022г.

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

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство ребенку

Я _____

(фамилия, имя, отчество – полностью)

года рождения, адрес: _____

Этот раздел бланка заполняется на лиц, не достигших возраста 15 лет,:

Я, _____ паспорт: _____

—
выдан: _____

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

Ф.И.О. ребенка полностью, год рождения _____

в соответствии с требованиями Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» добровольно даю 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 функций нервной диагностика и лечение (в том числе хирургическое) органа зрения и зрительных функций, органа слуха и слуховых функций, проведения риноскопии, фарингоскопии, непрямой 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, внутривожно;**

- 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, анатомо-физических 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, 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.) (подпись)

ФОРМА

Приложение №6
к приказу ВЦГПХ № 62-А
« 02 » 09 2022г.

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

Отказ от медицинского вмешательства ребенку

Я, _____
Ф.И.О.
являясь _____
законным _____
представителем _____
ребенка _____
проживающий _____
по _____
адресу: _____

адрес гражданина

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 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 свою жизнь и здоровье, жизнь и
здоровье будущего ребенка, 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. одного из родителей, иного законного
представителя

Подпись

Ф.И.О.
медицинского работника
« _____ » _____ 202 _____ г.

ФОРМА

Приложение №7
к приказу ВЦГПХ №62-А
«02» 09 2022г.

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

Информированное добровольное согласие на проведение анестезиологическое
обеспечение медицинского вмешательства

Я _____
(фамилия, имя, отчество – полностью)

_____ года _____ рождения,

адрес: _____

Этот раздел бланка заполняется только на ребенка или недееспособных
граждан:

Я, _____ паспорт: _____

–
Выдан: _____

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

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

находясь на лечении в отделении

_____ (название отделения, номер палаты)

Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому): _____

_____ (название вида обезболивания)

Мне разъяснено врачом анестезиологом-реаниматологом, что
анестезиологическое пособие применяется для защиты моего организма от
хирургической агрессии и создания оптимальных условий для выполнения
оперативного вмешательства (манипуляции). Я доверяю выбор наиболее
оптимального вида анестезиологического пособия врачу анестезиологу-
реаниматологу и прошу о его проведении.

образовательных целях с учетом сохранения врачебной тайны и проинформирован о возможности отказаться от участия обучающихся в оказании медицинской помощи

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

Пациент _____ Дата _____ 20__ г

(подпись пациента/законного представителя)

Врач _____ (Ф.И.О., подпись
врача)

ФОРМА

Приложение №8
к приказу ВЦГПХ №62-А
«02» 09 2022г.

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

Информированное согласие на переливание крови, ее компонентов или
кровезаменителей

Я

_____ (фамилия, имя, отчество – полностью)

_____ года

рождения,

адрес: _____

Этот раздел бланка заполняется только на ребенка или недееспособных граждан:

Я, _____ паспорт: _____

Выдан: _____

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

или лица, признанного недееспособным:

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

в соответствии с требованиями Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» получила(а) разъяснение по поводу операции переливания крови, ее компонентов или кровезаменителей. Мне в доступной форме и полном объеме объяснены лечащим врачом цель переливания крови, ее компонентов или кровезаменителей, ее необходимость, характер и особенности процедуры, ее возможные риски, последствия: аллергическая реакция, анафилактический шок; пирогенные реакции; цитратная и калиевая интоксикация; гемотрансфузионный шок; респираторный дистресс-синдром; коагулопатия; гемотрансфузионный шок; почечная недостаточность; заражение инфекционными заболеваниями;

иные осложнения, в случае развития которых я согласен(а) на проведение всех нужных лечебных мероприятий:

Я в доступной форме и полном объеме проинформирован о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Я в доступной форме извещен(а) о вероятном течении заболевания при отказе от операции переливания крови, ее компонентов и кровезаменителей.

Я имел(а) возможность задать любые интересующие меня вопросы касательно состояния моего здоровья, заболевания и лечения и получил(а) на них исчерпывающие ответы.

Я в доступной форме и полном объеме получил(а) информацию об альтернативных методах лечения, их цели, методах, связанных с ними рисках, их последствиях, предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, а также об их примерной стоимости.

Я согласен (на) с предложенной операцией по переливанию крови, ее компонентов или кровезаменителей, в чем расписался собственноручно

« _____ » _____ 20 ____ года Подпись пациента/законного
представителя _____ (подпись)

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

Врач _____
(Ф.И.О.) _____ (подпись)

ФОРМА

Приложение №9
к приказу ВЦГПХ №62 А
«02» 09 2022г.

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

Информированное согласие на оказание платных медицинских услуг

Я нижеподписавшийся (аяся),

Ф.И.О. пациента или законного представителя (усыновителя, опекуна)

осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(а) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей ВЦГПХ. Мне разъяснено, что я могу получить один или несколько видов платных медицинских услуг. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны виды платных медицинских услуг, согласно действующего прейскуранта, которые я хочу получить в ВЦГПХ и согласен оплатить.

Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с врачом, и я даю свое согласие на их оплату в кассу ВЦГПХ.

Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов платных медицинских услуг и даю согласие на их применение. Настоящее соглашение подписано пациентом после проведения разъяснительной беседы.

Пациент: //

(подпись пациента или его законного представителя, расшифровка подписи)

Паспорт: серия №

Дата: «___» 20 г.

Если пациент, по каким-либо причинам не может собственноручно подписать данный документ, настоящий документ заверяется подписями двух сотрудников ВЦГПХ.

«_____» 20 г. //

«_____» _____ 20 г. _____

ФОРМА

Приложение №10
к приказу ВЦГПХ № 62-А
«02» 09 2022г.

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

Протокол
решения консилиума (врачебной комиссии) о проведении медицинского
вмешательства без согласия пациента

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» принято
решение о необходимости экстренного медицинского вмешательства без согласия
пациента/законного представителя для устранения угрозы жизни и здоровья
пациента _____

Основания:

1. Состояние пациента, не позволяющее ему выразить свою волю
2. Отсутствие законного представителя пациента:
 - не достигшего 15-летнего возраста;
 - признанного в установленном порядке недееспособным.

« _____ » _____ 202__ года Время _____

Подписи членов консилиума (врачебной комиссии) или
дежурного _____ (лечащего) _____ врача

_____ (фамилия, имя,
отчество, подпись)

Ознакомлен:

Пациент

_____ (фамилия, имя, отчество, дата)

Законный

представитель

пациента

(фамилия, имя, отчество, дата)

(реквизиты документа, подтверждающего право представлять
интересы пациента, дата)

Приложение №11
к приказу ВЦГПХ № 62-А
«02» 09 2022г.

Директору ВЦГПХ

Ф.И.О. _____

от пациента Ф.И.О. _____

проживающего по адресу _____

Телефон _____

заявление (ФОРМА).

Я, _____, в доступной форме:

Ф. И. О

проинформирован лечащим врачом:

- о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи в соответствии с установленным мне диагнозом без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи; _____

подпись

- о возможности получения соответствующих лекарственных препаратов, медицинских изделий без взимания платы в соответствии с законодательством Российской Федерации; _____

подпись

- о том, что применение аллотрансплантатов для хирургии «Аллоплант» не предусмотрено стандартами медицинской помощи, клиническими рекомендациями. _____

подпись

Я ознакомлен с правами пациента в сфере охраны здоровья граждан, с правами застрахованного в сфере обязательного медицинского страхования.

После разъяснительной беседы с лечащим врачом, получив в доступной форме полную информацию, на основании собственного и добровольного волеизъявления прошу применить при оказании мне медицинской помощи во Всероссийском центре глазной и пластической хирургии самостоятельно и добровольно _____ приобретенные _____ мною

_____ наименование изделия

Я проинформирован, что имею право отказаться от медицинского вмешательства с применением аллотрансплантатов для хирургии «Аллоплант» или потребовать его прекращения.

_____ / _____ /

ПОДПИСЬ

Ф.И.О. расшифровка

«__» _____ 2022г.

Приложение №12
к приказу ВЦГПХ №62-А
«03» 09 2022г.

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

Форма **ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ
СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, _____ паспорт _____
выдан _____
(Ф.И.О) (серия , номер) (когда и кем выдан)
адрес _____ регистрации: _____

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

_____ (Ф.И.О)
паспорт _____
выдан _____
(серия , номер) (когда и кем выдан)
адрес _____ регистрации: _____

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 образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, юридический адрес: 450008, Российская Федерация, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Ленина, д. 3, фактический адрес: 450075, Российская Федерация, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Р.Зорге, д. 67/1, (далее — Оператор), включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, гражданство, контактный телефон, 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, видеоизображение, 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.

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 ГАУ ДПО РБ «Центр повышения квалификации», юридический адрес: 450071, Российская Федерация, Республика Башкортостан, г. проезд Лесной, 3 корп. 1; ГАУ ПОУ 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 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. 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) _____ 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 _____ и действует бессрочно. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных 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) _____/

Приложение №13
к приказу ВЦГПХ № 62-А
« 02 » 09 2022г.

ФОРМА

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

« ___ » _____ 2022 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)