

**Государственное областное бюджетное учреждение здравоохранения
«Новгородский областной клинический перинатальный центр
имени В.Ю. Мишекурина»**

ПРИКАЗ

«12» декабря 2023 года

№ 242

Великий Новгород

«О порядке дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, введении в действие формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства»

С целью предоставления гражданам медицинских услуг в соответствии с требованиями Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказа Минздрава России от «12» ноября 2021 года №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», а также с целью дальнейшего совершенствования организации лечебно-диагностического процесса и ведения медицинской документации в структурных подразделениях ГОБУЗ «Новгородский областной клинический перинатальный центр имени В.Ю. Мишекурина» (далее - ГОБУЗ «НОКПЦ имени В.Ю. Мишекурина»)

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:
 - 1.1. Информированное добровольное согласие на обработку персональных данных (Приложение 1) к настоящему приказу;
 - 1.2. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (Приложение 2) к настоящему приказу;
 - 1.3. Отказ от медицинского вмешательства согласно (Приложение 3) к настоящему приказу;
 - 1.4. Информированное добровольное согласие на проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства (Приложение 4) к настоящему приказу;
 - 1.5. Информированное добровольное согласие на проведение искусственного прерывания беременности по желанию женщины (Приложение 5) к настоящему приказу;
 - 1.6. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в объеме консультации (консилиума врачей) с применением телемедицинских технологий (Приложение 6) к настоящему приказу;
 - 1.7. Информированное добровольное согласие на присутствие обучающихся во время врачебного осмотра или проведения медицинского вмешательства и на использование сведений о пациенте, составляющих врачебную тайну (Приложение 7) к настоящему приказу;

1.8. Информированное добровольное согласие на проведение неонатального скрининга и расширенного неонатального скрининга (Приложение 8) к настоящему приказу;

1.9. Информированный отказ от проведения неонатального скрининга и расширенного неонатального скрининга (Приложение 9) к настоящему приказу;

1.10. Информированное добровольное согласие законного представителя пациента на операцию переливания компонентов крови (новорожденные) (Приложение 10) к настоящему приказу;

1.11. Информированное добровольное согласие законного представителя пациента на применение лекарственного препарата в соответствии с показателями (характеристиками) лекарственного препарата, не указанными в инструкции по его применению «off - label» (распоряжение правительства РФ от 16 мая 2022 г. № 1180-р) (Приложение 11) к настоящему приказу;

1.12. Информированное добровольное согласие пациента на применение лекарственного препарата в соответствии с показателями (характеристиками) лекарственного препарата, не указанными в инструкции по его применению «off-label» (распоряжение правительства РФ от 16 мая 2022 г. № 1180-р) (Приложение 12) к настоящему приказу;

1.13. Информированное добровольное согласие на проведение профилактических прививок детям или отказа от них (Приложение 13) к настоящему приказу;

1.14. Информированное добровольное согласие законного представителя пациента на экстренную профилактику столбняка (Приложение 14) к настоящему приказу;

1.15. Информированное добровольное согласие законного представителя на медицинское вмешательство (в отделениях неонатологии) (Приложение 15) к настоящему приказу;

1.16. Информированное добровольное согласие на проведение обследования на ВИЧ-инфекцию (Приложение 16) к настоящему приказу;

1.17. Информирование о выявлении ВИЧ-инфекции (Приложение 17) к настоящему приказу;

1.18. Информированное согласие на проведение химиопрофилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку во время беременности, родов и новорожденному (Приложение 18) к настоящему приказу;

1.19. Уведомление об ответственности за отказ от профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку (Приложение 19) к настоящему приказу;

1.20. Информированное добровольное согласие на проведение ребенку антиретровирусной терапии с целью предотвращения перинатального заражения ВИЧ-инфекцией (Приложение 20) к настоящему приказу;

1.21. Информированное добровольное согласие/отказ пациента на выполнение оперативного вмешательства, в том числе переливание крови её компонентов (Приложение 21) к настоящему приказу;

1.22. Информированное добровольное согласие/отказ пациента на проведение комплекса мероприятий при послеродовом кровотечении (Приложение 22) к настоящему приказу;

1.23. Дотестовое консультирование при обследовании на ВИЧ - инфекцию, дотестовое консультирование при обследовании на антитела к ВИЧ, послетестовое консультирование при обследовании на антитела к ВИЧ как профилактика передачи ВИЧ- инфекции

2. Назначить ответственных за организацию работы по порядкам дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, введении в действие формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства» в ГОБУЗ «НОКПЦ имени В.Ю. Мишекурина»:

- Клишину В.В. - заместителя главного врача по медицинской части;

- Мирошниченко О.М. - заместителя главного врача по неонатологии;

-Радионову Е. А.- заместителя главного врача по амбулаторно - поликлинической работе

3. Ответственным лицам указанным п.2.:

3.1. организовать проведение инструктажа совместно с профильными руководителями структурных подразделений, врачебного и среднего медперсонала настоящего приказа, под личную подпись;

3.2. контроль за четким применением, оформлением и порядком ведения учетных форм, утвержденных настоящим приказом;

4. Назначить ответственных за информирование медицинских работников о своевременном оформлении информированных добровольных согласий на любые медицинские вмешательства или отказов от них, руководителей структурных подразделений ГОБУЗ «НОКПЦ имени В.Ю. Мишекурина».

5. Ответственным лицам указанным п.4.:

5.1. обеспечить своевременно и в полном объеме оформление информированных добровольных согласий на любые медицинские вмешательства с оформлением необходимых подписей пациентов, их родителей (законных представителей) утвержденных настоящим приказом, во вверенных им подразделениях;

5.2. в случае отказа пациента или его законного представителя от документального оформления частных правовых отношений с ГОБУЗ «НОКПЦ имени В.Ю. Мишекурина» регистрацию отказа осуществлять путем составления соответствующей формы отказа в установленном порядке;

6. Назначить ответственным за организацию передачи и оформление учетных форм, утвержденных настоящим приказом для формирования электронных медицинских документов начальника информационного отдела Кадникова Н.Н.

7. Заместителю главного врача по организационно методической работе Носковой О.А., обеспечить размещение информации на официальном сайте ГОБУЗ «НОКПЦ имени В.Ю. Мишекурина» <https://novokrd53.ru/>, в сообществе ВКонтакте <https://vk.com/roddomvn> и на информационных стендах.

8. Секретарю Глек О.В., ознакомить исполнителей с приказом под подпись.

9. Контроль настоящего приказа оставляю за собой.

Главный врач

А.В. Андриенко

ГОБУЗ «НОВГОРОДСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
ИМЕНИ В. Ю. МИШЕКУРИНА»

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____
(Ф.И.О. пациента - полностью)
года рождения, проживающая по адресу: _____

данный раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан
Я, _____ (фамилия, имя, отчество - полностью)
паспорт: _____ (серия, номер паспорта, когда и кем выдан)
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____ (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, дата рождения)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «персональных данных», действуя свободно, своей волей, в своих интересах (лица, законным представителем которого я являюсь), понимая значение своих действий, даю свое согласие медицинской организации: ГОБУЗ «НОКПЦ имени В.Ю. Мишекурина» юридический адрес: г. Великий Новгород, ул. Державина д.1 (далее – Оператор), на обработку моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество (последнее – при наличии), пол, дату рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, номера телефонов для связи, адрес электронной почты (при наличии), место жительства, место регистрации, дату регистрации, страховой номер индивидуального лицевого счета (при наличии), принятый в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования (СНИЛС), номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица (при наличии), место работы (учебы) (наименование организации (учебного учреждения), адрес, занимаемая должность, и т.д.), идентификационный номер налогоплательщика, номер полиса добровольного медицинского страхования (наименование страховой компании), в том числе даю согласие на обработку специальной категории персональных данных: данных об оказании медицинских услуг, о состоянии здоровья и диагнозе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и иных сведений, полученных в результате медицинских исследований.

Указанные персональные данные предоставляю для обработки в следующих целях:

- в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну;
- обеспечения соблюдения в отношении меня (лица, законным представителем которого я являюсь) законодательства Российской Федерации и города Москвы, в сфере отношений, связанных с получением мной (лицом, законным представителем которого я являюсь) медицинских услуг в рамках обязательного медицинского страхования, социальных гарантий и компенсаций по нетрудоспособности;
- осуществления передачи результатов медицинских исследований (лабораторных, инструментальных и иных видов диагностических исследований) на адрес электронной почты (e-mail), указанный мной в соответствующем запросе, при его подаче и наличии технической возможности;
- реализации Оператором своих полномочий и выполнения своих обязанностей, обязательств и компетенций, определенных Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», а также иными законами и нормативными правовыми актами Российской Федерации и города Великий Новгород.

Предоставляю Оператору право осуществлять любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с моими персональными данными (лица, законным представителем которого я являюсь), в том

числе в электронном виде, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

В процессе оказания Оператором мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои (лица, законным представителем которого я являюсь) персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего (лица, законным представителем которого я являюсь) обследования и лечения.

Я информирован(а) о том, что:

- персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, могут быть переданы Оператором в страховую медицинскую организацию, в Новгородский фонд обязательного медицинского страхования (ТФОМС), в органы Фонда социального страхования, и в другие органы власти Российской Федерации, субъектов Российской Федерации. Оператор вправе поручить обработку персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну органам, службам, предприятиям и учреждениям, в том числе, ГОБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр» и др. организации если это не противоречит законодательству Российской Федерации и целям медицинской организации, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять конфиденциальность;

- Оператор вправе обрабатывать мои (лица, законным представителем которого я являюсь) персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну неавтоматизированным и автоматизированным способами, посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные нормативными правовыми актами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Настоящий документ вступает в силу с даты его подписания и действует в течение неопределенного срока.

Настоящий документ может быть мною отозван посредством составления соответствующего письменного заявления, которое должно быть направлено в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под подпись уполномоченному представителю Оператора.

В случае отзыва настоящего документа Оператор вправе продолжить обработку персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, хранятся у Оператора в течение срока хранения первичных медицинских документов, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, предоставляемые в отношении третьих лиц, будут обрабатываться Оператором только в рамках осуществления возложенных на него полномочий и обязанностей.

Я удостоверяю, что:

- права как субъекта персональных данных мне разъяснены и мне понятны;
- на все мои вопросы я получил (а) понятные мне ответы;
- текст настоящего документа мною прочитан, мне понятно назначение настоящего документа, полученные разъяснения мне понятны.

Дата начала обработки персональных данных: _____

Пациент / законный представитель пациента _____

(подпись) (Ф.И.О.)

Если пациент, по каким-либо причинам, не может собственноручно подписать настоящий документ, но может в устной форме выразить свое согласие с положениями, указанными выше, настоящий документ заверяется двумя подписями медицинских работников Оператора.

(указываются наименование должности медицинского работника Оператора; подпись; фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) – полностью в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность; дата подписания)

(указываются наименование должности медицинского работника Оператора; подпись; фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) – полностью в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность; дата подписания)

Согласие на обработку персональных данных

<[ДатаСогласия]>

< [ФИО], именуемый в дальнейшем «Субъект персональных данных» разрешает [Организация], в лице ответственного за обработку персональных данных [ОтветственныйЗаОбработкуПерсональныхДанных] далее «Оператор», обработку персональных данных, приведенных в пункте 2 настоящего согласия, на следующих условиях:>

< [ФИО], в лице законного представителя [ПациентПредставитель], именуемый в дальнейшем «Субъект персональных данных» разрешает [Организация], в лице ответственного за обработку персональных данных [ОтветственныйЗаОбработкуПерсональныхДанных] далее «Оператор», обработку персональных данных, приведенных в пункте 2 настоящего согласия, на следующих условиях:>

1. В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» субъект персональных данных дает согласие на обработку Оператором своих персональных данных, с целью:

- исполнения трудового договора;
- для обеспечения личной безопасности, защиты жизни и здоровья работника;
- в целях ведения финансово-хозяйственной деятельности организации;
- иное (необходимо точное указание целей).

2. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие (нужное подчеркнуть):

- дата и место рождения;
- биографические сведения;
- сведения об образовании (образовательное учреждение, время обучения, присвоенная квалификация);
- сведения о местах работы (город, название организации, должность, сроки работы);
- сведения о семейном положении, детях (фамилия, имя, отчество, дата рождения);
- сведения о месте регистрации, проживании;
- контактная информация;
- сведения о постановке на налоговый учет (ИНН);
- сведения о регистрации в Пенсионном фонде (номер страхового свидетельства);
- сведения об открытых банковских счетах;
- иное (необходимо точное указание).

3. Оператор вправе осуществлять следующие действия с указанными выше персональными данными путем автоматизированной обработки и обработки без использования средств автоматизации (нужное подчеркнуть):

- сбор;
- систематизацию;
- накопление;
- хранение;
- уточнение (обновление, изменение);
- использование;
- распространение/передачу;
- блокирование;
- уничтожение;
- иное (необходимо точное указание).

4. Субъект персональных данных имеет право на доступ к его персональным данным в порядке, определенном статьей 14 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

< 5. Срок действия данного согласия устанавливается на период: [ПериодДействия]>

6. Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.

Данные об операторе персональных данных:

Наименование организации <[Организация]>

Адрес оператора <[АдресОрганизации]>

Ответственный за обработку персональных данных <[ОтветственныйЗаОбработкуПерсональныхДанных]>

Субъект персональных данных:

Фамилия, имя, отчество <[ПациентПредставитель]>

Адрес <[ПациентПредставительАдресРегистрацииПредставление]>

<Паспортные данные [ПациентПредставительДУЛПредставление]>

(подпись)

<[ПациентПредставитель]>
(ФИО)

УТВЕРЖДЕНО
приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации
от 12 ноября 2021 г. N 1051н

ГОБУЗ «НОВГОРОДСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
ИМЕНИ В. Ю. МИШЕКУРИНА»

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
" " _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)
в отношении _____ (Ф.И.О.)
(при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
" " _____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании согласия законным представителем)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н <1> (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

в _____
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

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

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

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

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)
" " _____ г. (дата оформления)

УТВЕРЖДЕНО
приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации
от 12 ноября 2021 г. N 1051н

ГОБУЗ «НОВГОРОДСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
ИМЕНИ В. Ю. МИШЕКУРИНА»

ОТКАЗ ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Я, _____ " ____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии и дата рождения гражданина либо законного представителя))
Зарегистрированный по адресу: _____
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

В отношении _____ " ____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента и дата рождения при подписании отказа
законным представителем)

При оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи
в: _____

(полное наименование медицинской организации)

Отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень
определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают
информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для
получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства
здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N
390н <1>: _____

(наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

Медицинским работником _____

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

В доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от
вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность
развития осложнений заболевания (состояния) _____

(указываются возможные последствия отказа от вышеуказанного (вышеуказанных) вида
(видов) медицинского вмешательства, в том числе вероятность развития осложнений
заболевания (состояния))

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или
нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий
отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой (такие) вид
(виды) медицинского вмешательства.

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

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)
" ____ г. (дата оформления)

ГОБУЗ «НОВГОРОДСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
ИМЕНИ В. Ю. МИШЕКУРИНА»

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПРОВЕДЕНИЕ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (полностью))
" " _____ г. рождения, проживающий (ая) по адресу _____

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) находясь на лечении (обследовании, родоразрешении) в отделении _____

(название отделения номер палаты)
даю информированное добровольное согласие на проведение мне анестезиологического обеспечения _____

(название вида обезболивания, возможность изменения анестезиологической тактики)
Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы цветов; обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств; Медицинским работником _____

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)
Мне в доступной для меня форме разъяснены и я осознаю, что во время анестезиологического пособия могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае, я согласен (согласна) на то, что вид и тактика могут быть, изменены врачами по их усмотрению;

Я информирован (а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время его проведения;

Я предупрежден (а) о факторах риска и понимаю, что проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода;

Я ознакомлен (а) и согласен (а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною понятны, и добровольно даю свое согласие на проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства в предложенном объеме. _____ лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

Информирован (информирована) врачом анестезиологом - реаниматологом:

(фамилия, имя, отчество врача анестезиолога - реаниматолога)

« _____ » 20 _____ года Подпись пациента / законного представителя) _____

Расписался в моем присутствии: _____ (подпись)
Врач _____
(Должность, фамилия, имя, отчество)

Приложение
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 7 апреля 2016 г. № 216н

**ГОБУЗ «НОВГОРОДСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
ИМЕНИ В. Ю. МИШЕКУРИНА»**

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПРОВЕДЕНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ
ПО ЖЕЛАНИЮ ЖЕНЩИНЫ**

Я, нижеподписавшаяся, _____,
_____ года рождения в соответствии со статьями 20 и 56 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" настоящим подтверждаю свое согласие на проведение мне искусственного прерывания беременности (нужное подчеркнуть):

медикаментозным методом;

путем хирургической операции с разрушением и удалением плодного яйца (эмбриона человека), которая проводится под обезболиванием.

1. Перед направлением на искусственное прерывание беременности мне предоставлено время для обдумывания и принятия окончательного решения в течение (нужное подчеркнуть): 48 часов; 7 дней.

Часть 3 статьи 56 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

В течение указанного периода:

Я проинформирована о сроке моей беременности, об отсутствии у меня медицинских противопоказаний к вынашиванию данной беременности и рождению ребенка;

Мне проведено / не проведено (нужное подчеркнуть) ультразвуковое исследование (далее - УЗИ) органов малого таза, в процессе которого продемонстрировано изображение эмбриона и его сердцебиение (при наличии сердцебиения): "___" _____ 20__ г. (указать дату проведения согласно отметке в медицинской документации или дату отказа от медицинского вмешательства, оформленного в установленном порядке);

я проконсультирована психологом (медицинским психологом, специалистом по социальной работе) по вопросам психологической и социальной поддержки.

2. Я проинформирована врачом-акушером-гинекологом:

- о том, что имею право не делать искусственное прерывание беременности и не прерывать беременность;

- о том, что при условии строжайшего соблюдения правил проведения искусственного прерывания беременности могут возникнуть следующие осложнения:

- после проведения искусственного прерывания беременности, в том числе в качестве отдаленных последствий:

- бесплодие;

- хронические воспалительные процессы матки и (или) придатков матки; нарушение функции яичников; тазовые боли; внематочная беременность; невынашивание беременности;

- различные осложнения при вынашивании последующей беременности и в родах, преждевременные роды, различные осложнения родовой деятельности, кровотечение в родах и (или) послеродовом периоде;

- психические расстройства;

- опухолевые процессы матки;

- скопление крови в полости матки; остатки плодного яйца в полости матки, острый и (или) подострый воспалительный процесс матки и (или) придатков матки, вплоть до перитонита, что потребует повторного оперативного вмешательства, не исключая удаления придатков матки и

матки;

-во время проведения искусственного прерывания беременности:

-осложнения анестезиологического пособия;

-травма и прободение матки с возможным ранением внутренних органов и кровеносных сосудов;

-кровотечение, что может потребовать расширения объема операции вплоть до чревосечения и удаления матки, хирургического вмешательства на внутренних органах.

3. Мне даны разъяснения врачом-акушером-гинекологом о:

- механизме действия назначаемых мне перед проведением и во время проведения искусственного прерывания беременности лекарственных препаратов для медицинского применения и возможных осложнениях при их применении;

- основных этапах обезболивания;

- необходимости прохождения медицинского обследования для контроля за состоянием моего здоровья после проведения искусственного прерывания беременности;

- необходимости приема лекарственных препаратов для медицинского применения в соответствии с назначениями лечащего врача;

-режиме поведения, в том числе половой жизни, гигиенических мероприятиях после проведения искусственного прерывания беременности и возможных последствиях в случае несоблюдения рекомендаций;

- методах предупреждения нежелательной беременности;

- сроках контрольного осмотра врачом-акушером-гинекологом.

4. Я имела возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получила исчерпывающие ответы. Мне разъяснены возможность не прибегать к искусственному прерыванию беременности и предпочтительность сохранения и вынашивания беременности и рождения ребенка.

5. ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Получив полную информацию о возможных последствиях и осложнениях в связи с проведением искусственного прерывания беременности, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление и я осознанно принимаю решение о проведении мне искусственного прерывания беременности.

Пациент

Дата

(фамилия, имя, отчество)

" " 20__ г.

(подпись)

6. Я свидетельствую, что разъяснил пациентке суть, ход выполнения, негативные последствия проведения искусственного прерывания беременности, возможность не прибегать к нему и предпочтительность вынашивания беременности и рождения ребенка, дал ответы на все вопросы.

7. Подтверждаю, что рекомендовал пациентке проведение УЗИ органов малого таза для демонстрации изображения эмбриона и его сердцебиения (при наличии сердцебиения).

Врач-акушер-гинеколог

Дата

(имя, отчество, фамилия)

" " 20__ г.

(подпись)

**ГОБУЗ «НОВГОРОДСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ИМЕНИ
В. Ю. МИШЕКУРИНА»**

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО В ОБЪЕМЕ КОНСУЛЬТАЦИИ (КОНСИЛИУМА
ВРАЧЕЙ) С ПРИМЕНЕНИЕМ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ**

Я, _____, _____ года рождения,
(ФИО законного представителя полностью)
зарегистрированный(ая) по адресу _____,
(адрес места жительства)
являясь законным представителем _____
(указать родство при наличии)
пациента _____, _____ года рождения,
(ФИО пациента полностью)
на основании _____,
(данные документа, подтверждающего полномочия законного представителя (наименование документа,
реквизиты)

даю информированное добровольное согласие на проведение пациенту медицинского вмешательства в объеме консультаций медицинского работника (консилиума врачей) национальных, федеральных медицинских исследовательских центров и институтов медицинских образований Минздрава Российской Федерации (далее – Центр) с применением телемедицинских технологий в целях получения заключения медицинского работника ГОБУЗ «Новгородский областной клинический перинатальный центр имени В.Ю. Мишекурина», привлекаемого для проведения консультации и (или) участия в консилиуме врачей с применением телемедицинских технологий, протокола консилиума врачей по вопросам оценки состояния здоровья пациента, уточнения диагноза, определения прогноза и тактики медицинского обследования и лечения, целесообразности перевода в специализированное отделение медицинской организации либо медицинской эвакуации. Медицинским работником _____

(должность, ФИО медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания пациенту медицинской помощи с применением медицинских технологий, связанный с ними риск, возможные варианты медицинского вмешательства, его последствия, в т.ч. вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Я проинформирован(а), что проведение консультации медицинского работника (консилиума врачей) осуществляется с применением телемедицинских технологий - информационных технологий, обеспечивающих дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой, идентификацию и аутентификацию указанных лиц, документирование совершаемых ими действий при проведении консилиумов, консультаций.

Я проинформирован(а), что проведение консультации медицинского работника (консилиума врачей) с применением телемедицинских технологий предполагает ограниченный объем действий медицинского работника (консилиума врачей), а именно: сбор, обработка, анализ предоставленных лечащим врачом клинических данных пациента (данных осмотра, диагностических и лабораторных исследований, иных данных), изучение представленных медицинских документов, оформление медицинского заключения (протокола консилиума врачей).

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от проведения консультации медицинского работника (консилиума врачей) с применением телемедицинских технологий или потребовать ее (его) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне разъяснено, что медицинский работник (врач - участник консилиума) несет ответственность за рекомендации, предоставленные по результатам консультации (консилиума врачей) с применением телемедицинских технологий, в пределах данного им медицинского заключения.

Я согласен(на) на возможное присутствие при оказании пациенту медицинской помощи работников,

не задействованных непосредственно при оказании пациенту медицинской помощи, в целях решения организационных вопросов, при условии соблюдения врачебной тайны; на возможное участие врачей, обучающихся в институте медицинского образования «Новгородский Государственный Университет имени Ярослава Мудрого», при оказании пациенту медицинской помощи под контролем квалифицированных специалистов Центра; на предоставление медицинской документации пациента в целях учебного процесса, научных исследований, публикации в научной литературе при условии соблюдения врачебной тайны.

Я не возражаю против записи хода медицинского вмешательства на информационные носители и использования ее в исследовательских, научных, обучающих, статистических целях, а также в целях контроля качества и безопасности медицинской деятельности при условии, что такое использование будет осуществлено с соблюдением врачебной тайны.

Прошу сообщать мне информацию о состоянии здоровья пациента при неблагоприятном прогнозе развития заболевания: Да _____ Нет _____

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии здоровья пациента, а также иные сведения, составляющие врачебную тайну и/или содержащие персональные данные пациента, копии медицинской документации и выписки из нее, в том числе при неблагоприятном прогнозе развития заболевания:

Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____ Телефон _____ <i>Лично, по телефону, смс, никому не сообщать (нужное подчеркнуть)</i>	Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____ Телефон _____ <i>Лично, по телефону, смс, никому не сообщать (нужное подчеркнуть)</i>
--	--

Я получил(а) в доступной форме полную информацию о целях, методах и вариантах оказания пациенту медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, рисках и последствиях, вероятностях развития осложнений, а также о предполагаемых результатах. Мне была предоставлена возможность задать вопросы, и я подтверждаю, что мною получены от медицинского работника ответы. Я понимаю, что мне была предоставлена только имеющаяся в Центре информация.

Я ознакомлен(а) и согласен(на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты. Настоящее информированное добровольное согласие дано мною в соответствии с требованиями Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и действительно в течение всего срока оказания медицинской помощи.

_____/_____/«__»____202__ года
Подпись законного представителя пациента ФИО законного представителя пациента

_____/_____/«__»____202__ года
Подпись медицинского работника ФИО медицинского работника дата оформления

(лечащий врач, заведующий отделением медицинской организации, другой специалист, принимающий непосредственное участие в обследовании и лечении по результатам предварительного информирования пациента (законного представителя) о состоянии его здоровья (здоровья представляемого)).

Если пациент по каким-либо причинам не может собственноручно подписать данный документ, настоящий документ заверяется двумя подписями (с расшифровкой) медицинских сотрудников медицинской организации.

_____/_____/«__»____202__ года
Подпись медицинского работника ФИО медицинского работника дата оформления

_____/_____/«__»____202__ года
Подпись медицинского работника ФИО медицинского работника дата оформлен

**ГОБУЗ «НОВГОРОДСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
ИМЕНИ В. Ю. МИШЕКУРИНА»**

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПРИСУТСТВИЕ ОБУЧАЮЩИХСЯ ВО ВРЕМЯ ВРАЧЕБНОГО ОСМОТРА ИЛИ
ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА И НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ
СВЕДЕНИЙ О ПАЦИЕНТЕ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ**

Подписывая данное информированное добровольное согласие

Я _____ / _____ года рождения
(Фамилия, Имя, Отчество)

Понимаю, что обратился за получением медицинской помощи в ГОБУЗ «НОКПЦ имени В.Ю. Мишекурина», который является клинической базой Института медицинского образования «Новгородский Государственный Университет имени Ярослава Мудрого» (далее – ИМО НовГУ), обеспечивающий учебный и научный процесс в ИМО НовГУ и я даю свое согласие на присутствие обучающихся ИМО НовГУ во время врачебных осмотров или проведения в отношении меня медицинского вмешательства.

Я даю свое согласие на участие студентов в оказании мне медицинской помощи в соответствии с программами обучения, учебными планами по подготовке специалистов, программой практики, рабочими (текущими, этапными) заданиями под контролем медицинского персонала ГОБУЗ «НОКПЦ имени В.Ю. Мишекурина»

С учетом вышеуказанного статуса ГОБУЗ «НОКПЦ имени В.Ю. Мишекурина», куда я обратилась за медицинской помощью, я также даю свое добровольное согласие на использование ИМО НовГУ информации о состоянии моего здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при моем обследовании и лечении, составляющих в соответствии со статьей 61. Основ законодательства об охране здоровья граждан Российской Федерации врачебную тайну, для проведения научных исследований, публикации в научной литературе, использования этих сведений в учебном процессе (без указания имени и фамилии).

Мне также разъяснено мое право отказаться от присутствия обучающихся во время врачебного осмотра или проведения медицинского вмешательства и на использование сведений о пациенте, составляющих врачебную тайну

Я, _____
(написать прописью «СОГЛАСЕН» или «НЕ СОГЛАСЕН»)

Пациент: _____ / _____ / Дата: « ____ » _____ 20__ г.
(Ф.И.О. _____ подпись)

«Расписался (-лась) в моем присутствии»

Врач: _____ / _____ / Дата: « ____ » _____ 20__ г.
(Ф.И.О. _____ подпись)

**ГОБУЗ «НОВГОРОДСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
ИМЕНИ В. Ю. МИШЕКУРИНА»**

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПРОВЕДЕНИЕ НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА И РАСШИРЕННОГО
НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА**

Я, _____ «___» _____ г.р.,
Ф.И.О. родителя или законного представителя ребёнка (печатными буквами)

Зарегистрированный(ая) по адресу _____

Фактически проживающий(ая) по адресу: _____

(указывается, если не совпадает с местом регистрации)

телефон для связи _____

(указание телефона означает согласие на получение информации по данному каналу связи*)

электронная почта для связи _____

(указание электронной почты означает согласие на получение информации по данному каналу связи**)

настоящим подтверждаю, что

- Я даю своё информированное согласие на проведение неонатального скрининга и расширенного неонатального скринингового исследования на муковисцидоз, адреногенитальный синдром, врождённый гипотиреоз, дефицит биотинидазы, галактоземию, наследственные заболевания обмена веществ, спинную мышечную атрофию, первичные иммунодефициты (далее — скрининговое исследование) ребёнку мужского/женского пола, рождённому

_____ (дата и время рождения)

№ медицинского свидетельства о рождении (при его наличии) _____

- Я даю свое согласие на получение информации от врача о проведенном неонатальном скрининге и расширенном неонатальном скрининговом исследовании любыми из указанных выше способов, включая открытые каналы связи (телефон, электронная почта) при положительном результате теста или необходимости дополнительных исследований.
- Я получил(а) и прочитал(а) «Памятку для родителей новорождённых детей» и подтверждаю, что мне понятно значение всех терминов и информации, изложенных в ней.
- Я был(а) проинформирован(а) о порядке проведения скрининговых исследований, сроках готовности результата и ограничениях скрининговых исследований.
- Я даю свое согласие на хранение образцов пятен крови и/или выделенной ДНК ребёнка, полученных в ходе данного исследования, для проведения дополнительных исследований в случае необходимости.
- Я даю свое согласие на использование образцов пятен крови ребёнка и/или выделенной ДНК (в анонимном виде) для проведения научных исследований

☐ ДА

☐ НЕТ

- Я осознаю, что исследование может быть не проведено по техническим причинам (о чем я буду информирован(а)) или его результаты могут быть недостоверными вследствие ограничений методики, и я обговорил(а) с лечащим врачом все вероятные риски, которые могут быть с этим связаны.
- Я предупрежден(а) о том, что в редких случаях может потребоваться повторное взятие

- крови на тест-бланк и/или образца цельной крови, предоставление образца мочи.
- Я информирован(а), что в случае высокого риска наличия заболевания у ребёнка, выявленного в результате скринингового исследования, необходимо проведение дополнительных подтверждающих исследований, что потребует дополнительного обследования ребёнка, а также при некоторых заболеваниях обследования родителей ребёнка.
 - Я даю свое согласие на предоставление результатов скринингового исследования специалистам медико-генетической службы (ФГБНУ «МГНЦ им. акад. Н.П. Бочкова», Центра расширенного неонатального скрининга, региональной медико-генетической консультации) и/или детской поликлиники или стационара по месту рождения или пребывания ребёнка, а также главным специалистам по профилю заболевания, а также подтверждаю, что в случае необходимости повторного исследования или выявления высокого риска наличия заболевания, вышеуказанные специалисты смогут связаться со мной.
 - Я осознаю, что при необходимости повторного взятия крови или проведения уточняющей (подтверждающей) диагностики, отказ или задержка выполнения этих процедур, возникающая по моей вине, может негативно повлиять на состояние здоровья ребёнка.
 - Я даю своё согласие на обработку*** моих персональных данных и персональных данных ребёнка, включая информацию о состоянии здоровья и результатов исследования.
 - Я полностью понимаю суть изложенного выше текста, не имею претензий к специалисту (медицинскому работнику) относительно доступности и объёма предоставленной мне информации.
 - Я имел(а) возможность обсудить со специалистом медицинского учреждения, где будет осуществляться забор крови, все интересующие меня вопросы о скрининговом исследовании и получил(а) удовлетворяющие меня, исчерпывающие и однозначные ответы.

* — Я предупрежден(а) о возможных рисках, существующих при передаче информации по телефону, в том числе:

- о возможностях доступа третьих лиц к направляемой информации в процессе её передачи, а также в результате указания неправильного номера телефона;
- существует вероятность неполучения информации по различным причинам, которые не зависят от передающего информацию (технические и другие причины).

** — Я предупрежден(а) о возможных рисках, существующих при передаче информации по электронной почте, в том числе:

- о возможностях доступа третьих лиц к направляемой информации в процессе её передачи, а также в результате указания неправильного адреса электронной почты;
- существует вероятность неполучения информации по различным причинам, которые не зависят от отправителя (электронная почта переполнена, заблокирована или недоступна, настройка и правила обработки сообщений электронной почты на почтовом сервере не позволяют принимать сообщения интернет-домена отправителя, технические и другие причины).

*** — обработка персональных данных представляет собой сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновления, изменения), извлечение, передачу (распространение, предоставление доступа), использование, обезличивание, блокирование, удаление или уничтожение персональных данных.

дата подпись родителя или законного представителя ребёнка фамилия, инициалы

дата

подпись медицинского работника

должность, фамилия, инициалы

ГОБУЗ «НОВГОРОДСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
ИМЕНИ В. Ю. МИШЕКУРИНА»

ИНФОРМИОАННЫЙ ОТКАЗ ОТ ПРОВЕДЕНИЯ НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА И
РАСШИРЕННОГО НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА

Я _____
(фамилия, имя, отчество — полностью)
паспорт: _____
выдан: _____
_____ являюсь законным представителем
(мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребёнка:

(фамилия, имя, отчество ребёнка — полностью)

(дата и время рождения ребёнка)

№ медицинского свидетельства о рождении ребёнка (при наличии) _____

Я был(а) проинформирован(а) о цели, задачах и порядке проведения скринингового исследования и подтверждающей диагностики на муковисцидоз, адреногенитальный синдром, врождённый гипотиреоз, дефицит биотинидазы, галактоземию, наследственные заболевания обмена веществ, спинальную мышечную атрофию, первичные иммунодефициты, сроках готовности результата и ограничениях скрининговых исследований, а также принял(а) во внимание, что скрининговое исследование проводится в первую неделю жизни ребёнка.

Я имел(а) возможность обсудить со специалистом медицинского учреждения, где может осуществляться забор крови, все интересующие меня вопросы о скрининговом исследовании и получил(а) удовлетворившие меня, исчерпывающие и однозначные ответы.

Я прочитал(а) «Памятку для родителей новорождённых детей» о скрининговом исследовании и подтверждаю, что мне понятно значение всех терминов и информации, изложенных в ней.

Я информирован(а) что при отказе от обследования ребёнка диагноз наследственного и (или) врожденного заболевания будет поставлен несвоевременно и лечение будет начато поздно, что приведет к негативным последствиям для его здоровья, вплоть до гибели ребёнка. Мне даны разъяснения о возможных негативных последствиях в случае несвоевременной постановки диагноза.

Несмотря на полученные мной разъяснения, я отказываюсь от неонатального скрининга / ретеста / подтверждающей диагностики (**необходимое подчеркнуть**) ребёнку

(фамилия, имя, отчество ребенка — полностью, дата рождения)
и всю ответственность за жизнь и здоровье ребёнка беру на себя. Подписывая данный документ своей подписью, я удостоверяю, что принятое мной решение является добровольным, текст «информированного отказа» мной прочитан, и на все возникшие у меня вопросы я получил(а) ответы.

Дата _____ Подпись родителя или законного представителя ребёнка _____ Расшифровка подписи _____
Отказ подписан в присутствии врача _____
(фамилия, имя, отчество — полностью)

Дата _____ Подпись врача _____ Расшифровка подписи _____

**ГОБУЗ «НОВГОРОДСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
ИМЕНИ В. Ю. МИШЕКУРИНА»**

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ/ОТКАЗ
ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПАЦИЕНТА НА ОПЕРАЦИЮ ПЕРЕЛИВАНИЯ
КОМПОНЕНТОВ КРОВИ**

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии статьей 20, 21 Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

Уважаемые родители (опекуны),

Ваш (представляемый) ребенок поступил в отделение новорожденных/отделение патологии новорожденных и недоношенных детей/отделение реанимации и интенсивной терапии, т.к. ему требуется экстренное лечение и обследование. Доводим до вашего сведения, что:

- Выполнение диагностических и лечебных процедур сопряжено с риском возникновения осложнений и непреднамеренного причинения вреда здоровью пациента.

- Вероятность развития осложнений зависит не только от повреждающих эффектов метода терапии или исследования, но, в большей степени, и от состояния здоровья матери ребенка, течения ее беременности и индивидуальных особенностей организма новорожденного.

- При развитии заболеваний, создающих угрозу жизни или вероятность инвалидизации, ребенок может нуждаться в незамедлительном выполнении лечебно-диагностических мероприятий, которые могут быть проведены в отсутствие родителей/законных представителей.

В случае если ваш отказ от проведения лечебно-диагностических процедур создает прямую угрозу жизни или здоровью ребенка администрация учреждения имеет право обратиться в суд для защиты прав пациента.

Я,

(фамилия, имя, отчество - полностью)

паспорт:

(серия, номер паспорта, когда и кем выдан)

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

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, дата рождения)

Я (представляемый) ознакомлен (а) с тем, что специалисты ГОБУЗ «НОКПЦ имени В.Ю. Мишекурина», при необходимости окажут моему (представляемому) ребенку квалифицированную медицинскую помощь. Методы диагностики и лечения новорожденного будут выполнены в соответствии с отраслевыми стандартами неонатологической помощи, находясь на лечении в отделении ГОБУЗ «НОКПЦ имени В. Ю. Мишекурина»

(вписать: «даю», «не даю») добровольное согласие на проведение мне (представляемому), моему (представляемому) ребенку операции переливания крови и/или её компонентов и в дальнейшем всех повторных переливаний гемотрансфузионных сред.

Я (представляемый) понимаю, что переливание крови и/или её компонентов – это переливание донорской или ауто - (собственной) крови, эритроцитов, плазмы, тромбоцитов и всех других компонентов крови.

Врач _____ полностью разъяснил мне (представляемому) суть и цели предстоящей мне (представляемому), моему (представляемому) ребенку операции переливания крови и/или её компонентов, её достоинства и возможные осложнения, ожидаемый дискомфорт и риск, которые могут возникнуть, а также альтернативы предлагаемой трансфузионной терапии.

Я (представляемый) понимаю, что переливание всех компонентов донорской крови сопряжено с определенным риском осложнений и заражения вирусами гепатитов, ВИЧ и другими гемоконтактными инфекциями, несмотря на то, что каждый контейнер с кровью и её компонентами прошел обследование на станции переливания крови на наличие возбудителей сифилиса, гепатитов, ВИЧ и необходимый карантин.

Я (представляемый) понимаю необходимость применения в моем (представляемого), моего (представляемого) ребенка лечения трансфузии крови и/или её компонентов, которая производится сейчас и/или может возникнуть в дальнейшем до момента моей (представляемого), моего

(представляемого) ребенка выписки и _____ (вписать «даю», «не даю») свое согласие на переливание мне (представляемому), моему (представляемому) ребенку донорской крови и/или её компонентов в необходимом количестве и с необходимой частотой, которые определяются лечащим врачом.

Я (представляемый) понимаю, что в ходе трансфузионной терапии могут возникнуть неожиданные обстоятельства, меняющие согласованный характер действий или требующие дополнительных процедур. Поэтому я (представляемый) согласен(сна) на выполнение этих добавочных действий, которые сочтёт необходимыми лечащий/дежурный врач.

Я (представляемый) предупрежден(а) о последствиях отказа от предлагаемой мне (представляемому), моему (представляемому) ребенку гемотрансфузии.

Я (представляемый) имел(а) возможность задать любые вопросы и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы.

Я (представляемый) имел (а) достаточно времени для принятия решения об информированном согласии/отказе от предложенной мне (представляемому), моему (представляемому) ребенку гемотрансфузии.

Я (представляемый) подтверждаю, что вышеизложенное мною (представляемым) прочитано, оно мне (представляемому) полностью понятно, пустые строки заполнены до подписания документа, что я и подтверждаю своей подписью. Мое (представляемого) решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное добровольное согласие/отказ на проведение гемотрансфузии. Слова текста, не относящиеся ко мне (представляемому), моему (представляемому) моему ребенку, вычеркнуты, пустые строки зачеркнуты.

Пациент (законный представитель) _____ / _____ « _____ » _____ 20__ г.

подпись

Ф.И.О (полностью)

Пациент(законный представитель) уяснил(а) цель, пользу, риск, альтернативу проведения гемотрансфузии и расписался в моем присутствии:

Врач _____ / _____ « _____ » _____ 20__ г.

подпись

Ф.И.О (полностью)

Переводчик (если использовался) _____ / _____

(фамилия, имя, отчество)

(подпись)

Этот раздел заполняется при отсутствии возможности пациенту/законному представителю поставить подпись лично

Ввиду объективных причин (_____) пациент/законный представитель может изъять свою волю, но не может поставить подпись лично. Данный документ заполнен врачом на основании ответов пациента/законного представителя. Содержание информированного согласия пациенту/законному представителю зачитано, необходимые разъяснения проведены.

Получено устное согласие на проведение гемотрансфузии.

Дата: « _____ » _____ 20__ г. Время: _____ час _____ мин.

Врач _____ (_____)

Врач _____ (_____)

Этот раздел заполняется только в случае невозможности получить согласие пациента и отсутствии законных представителей

Пациенту необходимо проведение медицинского вмешательства по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни пациента, однако в настоящий момент отсутствует возможность получить согласие пациента (законного представителя) ввиду тяжести его состояния и/или угнетения/изменения сознания/отказа матери от ребенка (нужное подчеркнуть). Кроме того, в настоящий момент отсутствуют законные представители пациента или возможность связаться с ними (нужное подчеркнуть).

Руководствуясь пунктом 1 части 10 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», консилиум (лечащий/дежурный врач) принимает решение о разрешении вышеуказанных медицинских вмешательств.

Дата: « _____ » _____ 20__ г. Время: _____ час _____ мин.

Врач _____ (_____)

Врач _____ (_____)

Врач _____ (_____)

ГОБУЗ «НОВГОРОДСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
ИМЕНИ В. Ю. МИШЕКУРИНА»

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ/ОТКАЗ
ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПАЦИЕНТА

На применение лекарственного препарата в соответствии с показателями (характеристиками)
лекарственного препарата, не указанными в инструкции по его применению «off-label»
(Распоряжение Правительства РФ от 16 мая 2022 г. N 1180-р)

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью законного представителя пациента)

паспорт: _____
(серия, номер паспорта, когда и кем выдан)

адрес регистрации: _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или
лица, признанного недееспособным являющийся: _____,
(Ф.И.О. ребенка полностью, дата рождения)

Я (представляемый) находясь на лечении в _____ отделении
ГОБУЗ «НОКПЦ имени В. Ю. Мишекурина» получила от лечащего врача: _____
(Ф.И.О. лечащего врача)

сведения о лекарственном препарате _____, а также
подробную информацию о нижеследующем:

- о том что показания к применению (дозировка, возраст, лекарственная форма) не соответствуют или не указаны в инструкции к применению;
- ранее назначенная моему ребенку терапия не была в достаточной мере эффективной;
- о способах введения препарата, его дозировке и лекарственной форме
- введение препарата может привести к появлению аллергических реакций и следующих побочных эффектов: _____

имеются достаточные научные данные (том числе в зарубежных научных источниках) полагать,
что при применении указанного лекарственного препарата у моего ребенка может быть
достигнут лечебный (паллиативный) эффект.

Я (представляемый) получив полную информацию о возможных последствиях и осложнениях
в связи с применением лекарственного препарата _____, подтверждаю, что мне
понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление, и я осознанно принимаю
решение о его применении (представляемому), моему ребенку.

Я (представляемый) имел (а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил
(а) исчерпывающие ответы.

Я (представляемый) имел (а) возможность ознакомиться с решением Консилиума (врачебной
комиссии) о целесообразности проведения (представляемому), моему ребенку терапии
лекарственным препаратом _____,

Я (представляемый) _____ (вписать «СОГЛАСЕН» или «НЕ СОГЛАСЕН»)
применением в терапии лекарственного препарата: _____
(наименование препарата)

Законный представитель Пациента _____ / _____
подпись Ф.И.О. полностью

Дата: « _____ » _____ 20 _____ г.

Я свидетельствую, что разъяснил(-а) законному представителю суть, риск и альтернативу
введения лекарственного препарата, дал(-а) ответы на все вопросы.

Врач: _____ / _____ Дата: « _____ » _____ 20 _____ г.
подпись Ф.И.О. полностью

Переводчик (если использовался) _____ / _____
(фамилия, имя, отчество) (подпись)

ГОБУЗ «НОВГОРОДСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
ИМЕНИ В. Ю. МИШЕКУРИНА»

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ/ОТКАЗ ПАЦИЕНТА

На применение лекарственного препарата в соответствии с показателями
(характеристиками) лекарственного препарата, не указанными в инструкции по его
применению «off-label» (Распоряжение Правительства РФ от 16 мая 2022 г. N 1180-р)

Я,

(Ф.И.О. полностью законного представителя пациента)

паспорт:

(серия, номер паспорта, когда и кем выдан)

адрес регистрации:

Я находясь на лечении в _____ отделении ГОБУЗ «НОКПЦ имени
В. Ю. Мишекурина» получила от лечащего врача: _____

(Ф.И.О. лечащего врача)

сведения о лекарственном препарате _____, а
также подробную информацию о нижеследующем:

- о том, что показания к применению (дозировка, возраст, лекарственная форма) не соответствуют или не указаны в инструкции к применению;
- ранее назначенная моему ребенку терапия не была в достаточной мере эффективной;
- о способах введения препарата, его дозировке и лекарственной форме
- введение препарата может привести к появлению аллергических реакций и следующих побочных эффектов: _____

имеются достаточные научные данные (том числе в зарубежных научных источниках)
полагать, что при применении указанного лекарственного препарата может быть
достигнут лечебный (паллиативный) эффект.

Я получив полную информацию о возможных последствиях и осложнениях в связи с
применением лекарственного препарата _____, подтверждаю, что мне
понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление, и я осознанно принимаю
решение о его применении.

Я имел (а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил (а)
исчерпывающие ответы.

Я имел (а) возможность ознакомиться с решением Консилиума (врачебной комиссии) о
целесообразности проведения терапии лекарственным препаратом: _____,

Я _____ (вписать «СОГЛАСЕН» или «НЕ СОГЛАСЕН»)
применением в терапии лекарственного препарата: _____

(наименование препарата)

Пациент _____ / _____

подпись

Ф.И.О. полностью

Дата: « _____ » _____ 20 ____ г.

Я свидетельствую, что разъяснил(-а) законному представителю суть, риск и альтернативу
введения лекарственного препарата, дал(-а) ответы на все вопросы.

Врач: _____ / _____

подпись

Ф.И.О. полностью

Дата: « _____ » _____ 20 ____ г.

Переводчик (если использовался) _____ / _____

(фамилия, имя, отчество)

(подпись)

ГОБУЗ «НОВГОРОДСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
ИМЕНИ В. Ю. МИШЕКУРИНА»

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ДЕТЯМ ИЛИ ОТКАЗА ОТ НИХ

1. Я, нижеподписавшийся (аяся) _____
(Фамилия Имя Отчество (иного законного представителя)

несовершеннолетнего возраста до 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет/ несовершеннолетнего в возрасте
старше 15 лет несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте старше 16 лет).

года рождения,
(указывается год рождения несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте
старше 16 лет)

настоящим подтверждаю то, что проинформирован(а) врачом:

- а) о том, что профилактическая прививка — это введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням;
- б) о необходимости проведения профилактической прививки, возможных поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее;
- в) о медицинской помощи при проведении профилактических прививок, включающей обязательный медицинский осмотр несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет перед проведением прививки (а при необходимости — медицинское обследование), который входит в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной помощи и предоставляется в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно;
- г) о выполнении предписаний медицинских работников.

2. Я проинформирован (а) о том, что в соответствии с пунктом 2 статьи 5 Федерального закона от 17.09.1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»: отсутствие профилактических прививок влечет:

- запрет для граждан на выезд в страны, пребывание которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок;
- временный отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемии;
- отказ в приеме граждан на работы или отстранение граждан от работ выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями (ПП РФ от 15.07.1999 г. № 825

«Об утверждении перечня работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок»).

(МЗ РФ приказ от 6 декабря 2021 г. 1122 н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок»)

Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы. Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки

(наименование прививки)

возможных прививочных реакций и поствакцинальных осложнений, последствиях отказа от нее, Я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и:

добровольно соглашаюсь на проведение прививки _____
(наименование прививки)

добровольно отказываюсь от проведения прививки _____
(наименование прививки)

Несовершеннолетнему _____
(Фамилия Имя Отчество и год рождения несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет)/ несовершеннолетнего больного
наркоманией в возрасте до 16 лет

Я, нижеподписавшийся (аяся) _____
(Ф. И. О. и год рождения несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет) несовершеннолетнего
больного наркоманией в возрасте до 16 лет

Дата _____ Подпись _____

Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением профилактических прививок несовершеннолетнему и дал ответы на все вопросы.

Врач _____ / _____ Дата _____
(Фамилия Имя Отчество) (подпись)

**ГОБУЗ «НОВГОРОДСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
ИМЕНИ В. Ю. МИШЕКУРИНА»**

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПАЦИЕНТА НА ЭКСТРЕННУЮ
ПРОФИЛАКТИКУ СТОЛБНЯКА**

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью законного представителя пациента)

паспорт: _____
(серия, номер паспорта, когда и кем выдан)

адрес регистрации: _____

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

(Ф.И.О. ребенка полностью, дата рождения)

Я (представляемый) находясь на лечении в _____ отделении
ГОБУЗ «НОКПЦ имени В. Ю. Мишекурина» получила от лечащего врача: _____

(Ф.И.О. лечащего врача)

сведения о необходимости экстренной профилактики столбняка, а подробную информацию о нижеследующем:

- экстренная профилактика столбняка необходима в связи с тем, что роды происходили вне медицинской организации;
- столбняк является опасным инфекционным заболеванием, смерть у новорожденных детей очень высокая (пупочный столбняк);
- о способах введения препарата, его дозировке и лекарственной форме
- (представляемому), моему ребенку необходимо введение противостолбнячного иммуноглобулина/ сыворотки _____ (далее – препарат)

(наименование препарата)

Получив полную информацию о возможных последствиях и осложнениях в связи с применением препарата, Я (представляемый) подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление, и я осознанно принимаю решение о его применении (представляемому), моему ребенку.

Я (представляемый) имел (а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил (а) исчерпывающие ответы.

Мне (представляемый) разъяснено также мое право отказаться от проведения (представляемому), моему ребенку терапии лекарственным препаратом и я осознаю, что риск заболевания столбняком и летального исхода в данном случае резко возрастет.

Я (представляемый) _____ (вписать «СОГЛАСЕН» или «НЕ СОГЛАСЕН»)

применением в терапии лекарственного препарата: _____
(наименование препарата)

Законный представитель пациента _____ / _____
подпись Ф.И.О. полностью

Дата: « _____ » _____ 20 ____ г.

Я свидетельствую, что разъяснил(-а) законному представителю суть, риск и альтернативу введения лекарственного препарата, дал(-а) ответы на все вопросы.

Врач: _____ / _____ Дата: « _____ » _____ 20 ____ г.
подпись Ф.И.О. полностью

Переводчик (если использовался) _____ / _____
(фамилия, имя, отчество) (подпись)

**ГОБУЗ «НОВГОРОДСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
ИМЕНИ В. Ю. МИШЕКУРИНА»**

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ/ОТКАЗ ПАЦИЕНТА
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 21 Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

Уважаемые родители (опекуны),

Ваш (представляемый) ребенок поступил в отделение новорожденных/отделение патологии новорожденных и недоношенных детей/отделение реанимации и интенсивной терапии, т.к. ему требуется экстренное лечение и обследование. Доводим до вашего сведения, что:

- Выполнение диагностических и лечебных процедур сопряжено с риском возникновения осложнений и непреднамеренного причинения вреда здоровью пациента.

- Вероятность развития осложнений зависит не только от повреждающих эффектов метода терапии или исследования, но, в большей степени, и от состояния здоровья матери ребенка, течения ее беременности и индивидуальных особенностей организма новорожденного.

- При развитии заболеваний, создающих угрозу жизни или вероятность инвалидизации, ребенок может нуждаться в незамедлительном выполнении лечебно-диагностических мероприятий, которые могут быть проведены в отсутствие родителей/законных представителей.

В случае если ваш отказ от проведения лечебно-диагностических процедур создает прямую угрозу жизни или здоровью ребенка администрация учреждения имеет право обратиться в суд для защиты прав пациента.

Я,

(фамилия, имя, отчество - полностью)

паспорт:

(серия, номер паспорта, когда и кем выдан)

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

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, дата рождения)

Я (представляемый) ознакомлен(а) с тем, что специалисты ГОБУЗ «НОКПЦ имени В.Ю. Мишекурина», при необходимости окажут моему (представляемому) ребенку квалифицированную медицинскую помощь. Методы диагностики и лечения новорожденного будут выполнены в соответствии с отраслевыми стандартами неонатологической помощи.

Настоящим я _____ (вписать: «доверяю», «не доверяю») врачам, специалистам ГОБУЗ «НОКПЦ имени В.Ю. Мишекурина» и привлеченным администрацией учреждения врачам - консультантам других ЛПУ подбор и осуществление намеченного плана обследования и лечения, а также выполнять моему (представляемому) ребенку следующие инвазивные исследования, инвазивные вмешательства, операции, манипуляции:

- интубацию трахеи; - искусственную вентиляцию легких (ручным и аппаратным методами);
- пункцию и дренирование плевральной полости, полости перикарда, люмбальные пункции;
- пункцию и катетеризацию центральных и периферических сосудов;
- забор крови и других биологических сред для исследования;
- инструментальные методы исследования (ультразвуковую диагностику, доплерометрию, рентгенологические исследования с контрастированием и без, компьютерную томографию, магнитно-резонансную томографию и др.);
- медикаментозную терапию, в том числе инфузионно-трансфузионную терапию, медикаментозное обезболивание, внутримышечные и подкожные инъекции;
- парентеральное питание (введение питательных веществ внутривенно);
- зондирование желудка, пищевода, катетеризацию мочевого пузыря;
- зондовое питание;
- фототерапия
- аудиологический скрининг

- профилактика геморрагического синдрома (1% р-р Викасола) _____ (вписать: «даю», «не даю») свое согласие перевод и транспортировку, при необходимости, в другие отделения учреждения и другие профильные МО.

Я (представляемый) согласен(а) на осмотр моего (представляемого) ребенка другими медицинскими работниками, привлеченными администрацией учреждения, при условии сохранения врачебной тайны.

Содержание указанных выше медицинских действий, связанный с ними риск, возможные осложнения и последствия, включая инвалидизацию и смерть, мне (представляемому) известны.

Мне (представляемому) лично лечащим врачом были разъяснены цель, характер, ход и объем планируемого обследования, а также его способы.

Я (представляемый) так же ознакомлен(а) с планом предполагаемого моему (представляемому) ребенку поэтапного медикаментозного лечения и действием необходимых лекарственных препаратов.

Я (представляемый) ознакомлен(а) с возможными изменениями медикаментозной терапии в случае непереносимости моим (представляемым) ребенком тех или иных лекарственных препаратов, изменением состояния моего

(представляемого) ребенка здоровья, требующего смены тактики лечения, а также применения лекарственных препаратов и других методов лечения, которые могут быть назначены врачами-консультантами.

Кроме того, мне (представляемому) были разъяснены последствия отказа от обследования и лечения.

Я (представляемый) имел(а) возможность задавать любые вопросы и получил(а) исчерпывающие и понятные мне (представляемому) ответы.

Я (представляемый) подтверждаю, что сообщил(а) врачу всю связанную с моим (представляемого), моего (представляемого) ребенка здоровьем, физическим и психическим состоянием информацию.

Я (представляемый) имел(а) достаточно времени для принятия решения о согласии/отказе на предложенное моему (представляемому) ребенку обследование и лечение. В случае отказа от обследования и лечения моего (представляемого) ребенка, всю ответственность за исход заболевания беру на себя.

Учитывая, что моему (представляемому) ребенку будут проводиться инвазивные методы исследования, вмешательства или операции я добровольно _____ (вписать: «даю», «не даю») свое согласие на ограничение моей (представляемого), моего (представляемого) ребенка приватности во время нахождения в ГОБУЗ «НОКПЦ имени В.Ю. Мишекурина» посредством видеонаблюдения (фотосъемки), сбора и хранения данных видеонаблюдения использование фото и видеоматериалов для научных и образовательных целей, соблюдая при этом конфиденциальность информации и существующие нормы этики и деонтологии и подтверждаю это своей подписью.

С правилами внутреннего распорядка ознакомлен(а).

Мне (представляемому) сообщено, что ГОБУЗ «НОКПЦ имени В.Ю. Мишекурина» является клинической базой для подготовки обучающихся по основным профессиональным программам в оказании медицинской помощи гражданам, утвержденным Приказом Минздрава России от 22.08.2013г. №585н, в связи с чем, в помещениях учреждения могут находиться студенты учебных заведений.

Я (представляемый) _____ (вписать: «согласен (сна)», «не согласен(сна)») с участием обучающихся по профессиональным программам медицинского образования в оказании моему (представляемому) ребенку медицинской помощи с учетом сохранения врачебной тайны.

Я (представляемый) подтверждаю, что вышеизложенное мною (представляемым) прочитано, оно мне (представляемому) полностью понятно, пустые строки заполнены до подписания документа, что я и подтверждаю своей подписью. Мое (представляемого) решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное добровольное согласие/отказ на проведение медицинского вмешательства. Слова текста, не относящиеся ко мне (представляемому), моему (представляемому) ребенку, вычеркнуты, пустые строки зачеркнуты.

В соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" я (представляемый) предоставляю сведения о выбранных мною (представляемым) лицах, которым может быть передана информация о состоянии здоровья моего (представляемого) ребенка: _____

Я (представляемый) разрешаю посещение в лечебном учреждении моего (представляемого) ребенка следующим гражданам: _____

В соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, я (представляемый) подтверждаю свое согласие на обработку моих (представляемого), моего (представляемого) ребенка персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья моего (представляемого), моего (представляемого) ребенка, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Законный представитель _____ / _____ «__» ____ 20__ г.

Законный представитель уяснил(а) цель, пользу, риск, альтернативу запланированных обследования и лечения и расписался в моем присутствии:

Врач _____ «__» ____ 20__ г.

Переводчик (если использовался) _____ / _____ «__» ____ 20__ г.

(фамилия, имя, отчество) (подпись)

Этот раздел заполняется при отсутствии возможности законному представителю поставить подпись лично

Ввиду объективных причин (_____) законный представитель может изъять свою волю, но не может поставить подпись лично. Данный документ заполнен врачом на основании ответов законного представителя. Содержание информированного согласия законному представителю зачитано, необходимые разъяснения проведены.

Получено устное согласие на проведение вышеуказанных медицинских вмешательств.

Дата: «__» ____ 20__ г. Время: ____ час ____ мин.

Врач _____ (_____) _____

Врач _____ (_____) _____

Этот раздел заполняется только в случае невозможности получить согласие пациента и отсутствии законных представителей

Пациенту необходимо проведение медицинского вмешательства по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни пациента, однако в настоящий момент отсутствует возможность получить согласие законного представителя/отказа матери от ребенка (нужное подчеркнуть). Кроме того, в настоящий момент отсутствуют законные представители пациента или возможность связаться с ними (нужное подчеркнуть).

Руководствуясь пунктом 1 части 10 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», консилиум (лечащий/дежурный врач) принимает решение о разрешении вышеуказанных медицинских вмешательств.

Дата: «__» ____ 20__ г. Время: ____ час ____ мин.

Врач _____ (_____) _____

Врач _____ (_____) _____

Врач _____ (_____) _____

**ГОБУЗ «НОВГОРОДСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
ИМЕНИ В. Ю. МИШЕКУРИНА»**

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ

Я _____ (Фамилия, Имя, Отчество) _____ года рождения, настоящим подтверждаю, что на основании предоставленной мне информации, свободно и без принуждения, отдавая отчет о последствиях обследования, принял решение пройти тестирование на антитела к ВИЧ; провести тестирование на антитела к ВИЧ моего новорожденного ребенка (детей) (нужное подчеркнуть).

Для этой цели я соглашаюсь сдать анализ крови объемом около 5 мл. В процессе забора крови, как правило, будет необходим один укол иглой. Эта процедура может быть связана с некоторым дискомфортом, включая возможное проявление кровоподтека на месте укола.

Я подтверждаю, что мне разъяснено, почему важно пройти тестирование на ВИЧ, как проводится тест и какие последствия может иметь тестирование на ВИЧ.

Я проинформирован, что:

Тестирование на ВИЧ можно пройти в Центре СПИД и других медицинских учреждениях, тестирование по добровольному выбору освидетельствуемого лица может быть добровольным, анонимным (когда не нужно сообщать свое имя и персональные данные; а результат только обследуемый может узнать по коду) или конфиденциальным (в этом случае тестирование проводится по документу, удостоверяющему личность, и результат будет известен обследуемому и лечащему врачу). В государственных медицинских учреждениях тестирование на ВИЧ проводится бесплатно. Присутствие антител к ВИЧ является доказательством наличия ВИЧ-инфекции. Но существует период "серонегативного окна" (промежуток времени между заражением ВИЧ и появлением антител к ВИЧ, наличие которых можно определить лабораторным способом). В течение этого периода человек уже заражен и может заразить других, но при исследовании крови антитела к ВИЧ не обнаруживаются, этот период обычно составляет 3 месяца.

В настоящее время в России существует бесплатное лечение для всех нуждающихся инфицированных ВИЧ, для его получения нужно обратиться в территориальный центр СПИД. Лечение существенно продляет жизнь и улучшает качество жизни при ВИЧ-инфекции. ВИЧ-инфицированным беременным женщинам важно вовремя обратиться в центр СПИД и начать принимать специальные лекарства для предотвращения заражения будущего ребенка. ВИЧ-инфекция передается только тремя путями:

- при сексуальных контактах без презерватива;
- через кровь, при медицинских или немедицинских процедурах. Чаще всего заражение этим путем происходит при использовании нестерильного инструментария для употребления наркотиков;
- от инфицированной ВИЧ матери к ребенку во время беременности, родов и при грудном вскармливании.

Заражение ВИЧ в быту при рукопожатиях, пользовании общей посудой, бассейном, туалетом, а также при укусах насекомых не происходит.

Защитить себя от заражения ВИЧ-инфекцией можно, если не иметь опасных контактов (контакты с кровью или выделениями половых органов, грудным молоком) с инфицированными ВИЧ людьми или людьми с неизвестным ВИЧ-статусом. В течение жизни, в зависимости от личных обстоятельств и убеждений, для того, чтобы избежать заражения СПИДом, человек может использовать разные способы предохранения. Например, всегда пользоваться презервативами или иметь только неинфицированных ВИЧ сексуальных партнеров. Избежать заражения через кровь при нарушении целостности кожных покровов можно, используя только стерильные инструменты.

Результаты тестирования на ВИЧ по телефону не сообщаются. Их сообщает консультант при послетестовом консультировании. С вопросами можно обратиться в территориальный центр СПИД

Подпись обследуемого на ВИЧ: _____ **/Дата:** _____

Подпись обследуемого на ВИЧ: _____ / дата: _____

ГОБУЗ «НОВГОРОДСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
ИМЕНИ В. Ю. МИШЕКУРИНА»

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПРОВЕДЕНИЕ ХИМИОПРОФИЛАКТИКИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ
ОТ МАТЕРИ РЕБЕНКУ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ,
РОДОВ И НОВОРОЖДЕННОМУ

Я, _____
(Фамилия, имя, отчество полностью)

_____ года рождения, настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на прием лекарственных препаратов, направленных на предотвращение заражения моего будущего ребенка, новорожденного ребенка (детей) вирусом иммунодефицита человека (нужное подчеркнуть).

Я подтверждаю, что мне разъяснено, почему проведение данной профилактики необходимо, разъяснено действие назначаемых мне и моему будущему ребенку препаратов, что я получила информационный листок для больного и ознакомилась с ним.

Я проинформирована, что:

- по состоянию моего здоровья лечение по поводу ВИЧ-инфекции мне в настоящее время не нужно, и назначаемые мне препараты необходимы исключительно для предотвращения заражения моего будущего ребенка вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) во время беременности и родов;
- назначенные мне препараты должны подавлять размножение вируса в моем организме и предотвратить его проникновение в организм моего будущего ребенка;
- чем лучше я буду соблюдать режим приема препаратов, тем меньше вероятность, что мой будущий ребенок будет заражен;
- тем не менее, даже при абсолютном соблюдении мною всех правил приема препаратов полной гарантии предотвращения заражения моего будущего ребенка нет. Риск, что он родится зараженным, составляет около 8%. Однако, если назначенная мне химиопрофилактика не будет проводиться или будет проводиться мною с нарушениями, этот риск возрастет до 30%;
- все назначаемые мне и моему будущему ребенку лекарственные препараты разрешены к применению в России;
- как и любое лекарственное средство, назначенные мне и моему будущему ребенку препараты могут вызывать некоторые побочные реакции, о возможном появлении которых я информирована;
- если вследствие проведения химиопрофилактики возникнет угроза моему здоровью, я буду проинформирована об этом для принятия мною решения о целесообразности дальнейшего ее проведения;
- если вследствие проведения химиопрофилактики возникнет угроза моей жизни или жизни моего будущего ребенка, химиопрофилактика может быть прекращена по решению лечащего врача. В этом случае мне должны быть разъяснены причины этого решения;
- назначенная мне химиопрофилактика может в любой момент быть прекращена по моему желанию;
- после родов я не должна прикладывать моего ребенка к груди и/или кормить его моим грудным молоком, так как это повысит риск его заражения.

Я обязуюсь:

- проходить медицинское обследование для контроля за действием назначенных мне препаратов по установленному графику, заполнять предусмотренные для этого анкеты, сдавать на анализы кровь.
- принимать назначенные мне лекарственные препараты строго в соответствии с предписанием лечащего врача.
- сообщать лечащему врачу о всех нарушениях в приеме назначенных мне препаратов или прекращении их приема по каким-либо причинам.
- сообщать лечащему врачу о всех изменениях в состоянии моего здоровья и делать это незамедлительно (в течение суток), если я считаю, что эти изменения связаны с приемом назначенных мне препаратов.
- не принимать, не посоветовавшись с лечащим врачом, назначившим мне химиопрофилактику, какие-либо другие лекарственные препараты (даже если они назначаются другим врачом). Если же прием этих лекарств неизбежен (например, в неотложных или экстренных случаях), обязательно сообщать об этом лечащему врачу.

Подпись пациентки _____ Дата _____

Врач _____ / _____ Дата _____
(Ф.И.О. разборчиво) (подпись)

**ГОБУЗ «НОВГОРОДСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
ИМЕНИ В. Ю. МИШЕКУРИНА»**

**УВЕДОМЛЕНИЕ ОБ ОТВЕТСТВЕННОСТИ
ЗА ОТКАЗ ОТ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ОТ МАТЕРИ РЕБЕНКУ**

Мне _____, _____ г. р.,
(фамилия, имя, отчество)

разъяснены медицинские и юридические последствия отказа от профилактики передачи от матери ребенку для здоровья моего и моего ребенка. Вероятность передачи ВИЧ от матери к ребенку без проведения профилактических мероприятий составляет до 40%.

- Регулярный прием мною антиретровирусных препаратов снижает риск заражения ребенка ВИЧ-инфекцией от матери до 1%.

- Такого снижения можно добиться при сочетании приема антиретровирусных препаратов во время беременности, родов и в послеродовой период и ряда немедикаментозных мер, в том числе полной замены грудного вскармливания искусственным.

- Отказ от приема мной антиретровирусных препаратов может повлечь за собой ухудшение состояния здоровья, прогрессию заболевания, выраженное снижение иммунитета, присоединение тяжелых, опасных для жизни оппортунистических заболеваний.

Мне разъяснено, что при грудном вскармливании и отказе от проведения ребенку антиретровирусной терапии существует непосредственная угроза жизни и здоровью моего ребенка, заключающаяся в возможности заражения его ВИЧ-инфекцией.

Мне разъяснено, что в этом случае, в соответствии с частью 5 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" при отказе родителей от медицинской помощи, необходимой для спасения жизни ребенка, ГОБУЗ «НОКПЦ имени В.Ю. Мишекурина» имеет право, обратиться в суд для защиты интересов ребенка.

Согласно Семейному кодексу ГОБУЗ «НОКПЦ имени В.Ю. Мишекурина» обязана сообщить в органы опеки и попечительства с передачей моих персональных данных для проведения дальнейших действий в целях защиты прав ребенка в соответствии с действующим законодательством. Статьи Уголовного и Семейного кодекса и Федерального закона об основах охраны здоровья граждан зачитаны мне вслух.

Подпись пациента _____ / _____ Дата: _____

Подпись лечащего врача _____ / _____ Дата: _____

Подпись заведующего отделением _____ / _____ Дата: _____
(Ф.И.О., разборчиво) (подпись)

**ГОБУЗ «НОВГОРОДСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
ИМЕНИ В. Ю. МИШЕКУРИНА»**

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПРОВЕДЕНИЕ РЕБЕНКУ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ С ЦЕЛЮ
ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ**

Я _____
подписывает законный представитель ребенка (фамилия, имя, отчество полностью разборчиво)
настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на лечение ребенка _____

(фамилия, имя, отчество полностью разборчиво) (дата рождения)
лекарственными препаратами, направленными на предотвращение заражения ребенка
ВИЧ-инфекцией от матери.

Я подтверждаю, что мне разъяснено:

- почему проведение данного лечения необходимо моему ребенку;
- действие назначаемых моему ребенку препаратов;
- как необходимо давать моему ребенку назначенные препараты;
- возможное побочное действие препаратов, назначенных моему ребенку;
- что мой ребенок должен проходить регулярные обследования, в том числе сдавать кровь, для диагностики ВИЧ-инфекции и оценки безопасности назначенного лечения и выявления возможного побочного действия лекарств;
- в какие сроки я должна приводить ребенка на обследование;
- что профилактический эффект может быть достигнут при неукоснительном соблюдении всех рекомендаций, данных мне лечащим врачом.

Я осознаю, что:

- при отсутствии химиопрофилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку вероятность заражения составляет до 40%;
- назначение антиретровирусных препаратов позволяет снизить вероятность ВИЧ-инфицирования ребенка до 1%;
- если вследствие проведения лечения возникнет угроза здоровью моего ребенка, я буду проинформирована об этом для принятия решения о целесообразности дальнейшего его проведения;
- если вследствие проведения лечения возникнет угроза жизни моего ребенка, это лечение может быть прекращено по решению лечащего врача. В этом случае мне должны быть разъяснены причины этого решения;
- все лекарственные препараты, назначаемые моему ребенку, разрешены к применению в России;
- как и любое лекарственное средство, назначенные моему ребенку препараты могут вызывать некоторые побочные реакции, информация о которых предоставлена мне моим лечащим врачом.

Я обязуюсь:

- по установленному графику приводить своего ребенка на медицинское обследование для контроля воздействия назначенных ему препаратов, заполнять предусмотренные для этого анкеты, давать разрешение на взятие крови на анализы;
- давать назначенные моему ребенку лекарственные препараты строго в соответствии с предписанием лечащего врача;
- выполнять рекомендации лечащего врача по уходу за моим ребенком, его кормлению;
- не прикладывать ребенка к груди и не кормить его моим грудным молоком;

- сообщать лечащему врачу обо всех нарушениях в приеме назначенных моему ребенку препаратов или прекращении лечения по каким-либо причинам;
- сообщать лечащему врачу обо всех изменениях в состоянии здоровья моего ребенка и делать это незамедлительно (в течение суток), если я считаю, что эти изменения связаны с приемом препаратов, назначенных моему ребенку;
- не посоветовавшись с лечащим врачом, не давать моему ребенку какие-либо лекарственные препараты и не делать прививки (даже если лекарства и прививки назначаются другим врачом). Если же прием этих лекарств неизбежен (например, в экстренных случаях), незамедлительно сообщать об этом лечащему врачу;
- сообщить врачу, назначившему моему ребенку лекарственные препараты в экстренных случаях, что ребенок получает препараты для профилактики заражения ВИЧ-инфекцией.

Подпись законного представителя ребенка: _____ Дата: _____

Подпись лечащего врача _____ Дата: _____

Необходимое время после операции я буду проходить лечение в отделении анестезиологии - реанимации (ОАР), как и все послеоперационные больные.

Я (представляемый) поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим (представляемого) здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне (представляемому) 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 средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, табака, психоактивных веществ, наркотических и токсических средств.

Я (представляемый) знаю, что во время операции возможна потеря крови и добровольно _____ (вписать: «даю», «не даю») согласие на переливание донорской или ауто- (собственной) крови и ее компонентов.

Мне (представляемому) была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе оперативного вмешательства, в том числе переливаний донорской или ауто- (собственной) крови и/или ее компонентов, и врач дал понятные мне (представляемому) исчерпывающие ответы.

Я (представляемый) не возражаю против участия в моей (представляемого) операции специалистов ГОБУЗ «НОКПЦ имени В.Ю. Мишекурина и привлеченных администрацией учреждения врачей-специалистов.

Кроме того, мне (представляемому) были разъяснены последствия отказа от проведения операции.

Я (представляемый) имел(а) возможность задавать любые вопросы и получил(а) исчерпывающие и понятные мне (представляемому) ответы.

Я (представляемый) имел(а) достаточно времени для принятия решения о согласии/отказе на предложенное мне (представляемому) оперативное вмешательство. В случае отказа от проведения операции всю ответственность за исход беру на себя.

Учитывая, что мне (представляемому) будут проводиться инвазивные методы исследования, вмешательства или операции я (представляемый) добровольно _____ (вписать: «даю», «не даю») свое согласие на ограничение моей (представляемого) приватности во время нахождения ГОБУЗ «НОКПЦ имени В.Ю. Мишекурина посредством видеонаблюдения (фотосъемки), сбора и хранения данных видеонаблюдения, использование фото и видеоматериалов для научных и образовательных целей, соблюдая при этом конфиденциальность информации и существующие нормы этики и деонтологии и подтверждаю это своей подписью.

Я (представляемый) подтверждаю, что вышеизложенное мною (представляемым) прочитано, оно мне (представляемому) полностью понятно, пустые строки заполнены до подписания документа, что я и подтверждаю своей подписью. Мое (представляемого) решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное добровольное согласие/отказ на проведение медицинского вмешательства. Слова текста, не относящиеся ко мне (представляемому), вычеркнуты, пустые строки зачеркнуты.

Пациент (законный представитель) _____ « ____ » ____ 20 ____ г.
подпись Ф.И.О (полностью) дата

Пациент (законный представитель) уяснил(а) цель, пользу, риск, альтернативу запланированных обследования и лечения и расписался в моем присутствии:

Врач _____ « ____ » ____ 20 ____ г.
подпись Ф.И.О (полностью) дата

Переводчик (если использовался) _____
(фамилия, имя, отчество) (подпись)

Этот раздел заполняется при отсутствии возможности пациенту/законному представителю поставить подпись лично

Ввиду объективных причин (_____) пациент/законный представитель может изъявить свою волю, но не может поставить подпись лично. Данный документ заполнен врачом на основании ответов пациента/законного представителя. Содержание информированного согласия пациенту/законному представителю зачитано, необходимые разъяснения проведены.

Получено устное согласие на проведение оперативного вмешательства.

Дата: « ____ » ____ 20 ____ г. Время: ____ час ____ мин.

Врач _____

Врач _____

Этот раздел заполняется только в случае невозможности получить согласие пациента и отсутствии законных представителей

Пациенту необходимо проведение медицинского вмешательства по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни пациента, однако в настоящий момент отсутствует возможность получить согласие пациента (законного представителя) ввиду тяжести его состояния и/или угнетения/ изменения сознания (нужное подчеркнуть). Кроме того, в настоящий момент отсутствует законный представитель пациента или возможность связаться с ним (нужное подчеркнуть).

Руководствуясь пунктом 1 части 10 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», консилиум (лечащий/дежурный врач) принимает решение о разрешении вышеуказанных медицинских вмешательств.

Дата: « ____ » ____ 20 ____ г. Время: ____ час ____ мин.

Врач _____

Врач _____

Врач _____

**ГОБУЗ «НОВГОРОДСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
ИМЕНИ В. Ю. МИШЕКУРИНА»**

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ/ОТКАЗ ПАЦИЕНТА НА
ПРОВЕДЕНИЕ КОМПЛЕКСА МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ПОСЛЕРодОВОМ КРОВОТЕЧЕНИИ**

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии статьей 20, 21 Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

Я, _____
(Ф.И.О. пациента - полностью)
года рождения, проживающая по адресу: _____,

данный раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан
Я, _____ (фамилия, имя, отчество - полностью)
паспорт: _____ (серия, номер паспорта, когда и кем выдан)
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____ (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, дата рождения)

находясь на лечении в _____ отделении ГОБУЗ «НОКПЦ имени В. Ю. Мишекурина» я(представляемый) ознакомлен(а) с тем, что специалисты ГОБУЗ «НОКПЦ имени В.Ю. Мишекурина» при необходимости окажут мне (представляемому) квалифицированную медицинскую помощь. Методы диагностики и лечения будут выполнены в соответствии с отраслевыми стандартами объемов акушерско-гинекологической помощи.

Мне (представляемому) разъяснено следующее:

Послеродовое кровотечение – это кровопотеря 500 мл и более во время родов через естественные родовые пути или 1000 мл и более при операции кесарева сечения или любой объем кровопотери, приводящий к гемодинамической нестабильности, возникающий на протяжении 42 дней после рождения плода. Общими причинами послеродовых кровотечений являются:

- нарушение сократительной способности матки;
- травмы родовых путей;
- наличие остатков плацентарной ткани;
- нарушения в системе гемостаза.

Послеродовые кровотечения могут быть ранними (в течение 24 часов с момента родов) и поздними (после 24 часов после родов на протяжении 42 дней с момента родов). Существуют антенатальные (до наступления родов) и интранатальные (во время родов) факторы риска послеродовых кровотечений. Акушерские кровотечения являются главной причиной материнской смертности. Основными осложнениями массивной кровопотери являются: респираторный дистресс-синдром взрослых (РДС), шок, синдром диссеминированного внутреннего свертывания крови (ДВС-синдром), острое повреждение почек, некроз гипофиза (синдром Шихана) и потеря фертильности.

Мне (представляемому) объяснено, что организация помощи при послеродовом кровотечении осуществляется по принципу работы мультидисциплинарной бригады и проведением комплекса лечебных мероприятий по утвержденным алгоритмам в условиях развернутой операционной. Кроме того, я (представляемый) понимаю, что мне (представляемому) может потребоваться проведение анестезиологического пособия, управляемой баллонной тампонады матки, операции переливания ауто-(собственной) или донорской крови и/или её компонентов, проведение хирургического гемостаза в необходимом объеме (ушивание разрывов мягких родовых путей, лапаротомия, ушивание разрыва матки при наличии возможности, ручное исследование послеродовой матки, удаление остатков плацентарной ткани, бимануальная компрессия матки, компрессия аорты, наложение компрессионных швов, проведение деваскуляризации матки, лигирование сосудов, гистерэктомия; при позднем кровотечении – проведение гистероскопии, выскабливания полости матки) согласно утвержденным алгоритмов. После перенесенной массивной кровопотери и геморрагического шока мне (представляемому) может потребоваться интенсивная терапия в условиях отделения анестезиологии и реанимации, возможно с применением продленной ИВЛ и, в дальнейшем, прохождение необходимого курса реабилитационных мероприятий.

Я (представляемый) подтверждаю, что вышеизложенное мною (представляемым) прочитано, оно мне (представляемому) полностью понятно, пустые строки заполнены до подписания документа, что я и подтверждаю своей подписью. Мое (представляемого) решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное добровольное согласие/отказ на проведение комплекса лечебных мероприятий при послеродовом кровотечении. Слова текста, не относящиеся ко мне (представляемому), вычеркнуты, пустые строки зачеркнуты.

Я (представляемый) имел(а) возможность задавать любые вопросы и получил(а) исчерпывающие и понятные мне (представляемому) ответы.

Я (представляемый) подтверждаю, что сообщил(а) врачу всю связанную с моим (представляемого) здоровьем, физическим и психическим состоянием информацию.

Я (представляемый) имел(а) достаточно времени для принятия решения о согласии/отказе на предложенное мне (представляемому) проведение комплекса лечебных мероприятий при послеродовом кровотечении.

Я(представляемый) подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом- акушером - гинекологом все интересующие и непонятные мне (представляемому) вопросы, связанные с проведением комплекса лечебных мероприятий при послеродовом кровотечении. На все заданные вопросы я (представляемый) получил(а) удовлетворившие меня (представляемого) ответы, и у меня (представляемого) не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Учитывая, что мне (представляемому) будут проводиться инвазивные методы исследования, вмешательства и/или операции я (представляемый) добровольно (вписать: «даю», «не даю») свое согласие на ограничение моей (представляемого) приватности во время нахождения в НОКПЦ имени В. Ю. Мишекурина», посредством видеонаблюдения (фотосъемки), сбора и хранения данных видеонаблюдения, использование фото и видеоматериалов для научных и образовательных целей, соблюдая при этом конфиденциальность информации и существующие нормы этики и деонтологии и подтверждаю это своей подписью.

Я (представляемый) добровольно (вписать: «даю», «не даю») свое согласие/отказ на проведение комплексалечебных мероприятий при послеродовом кровотечении и прошу медицинский персонал ГОБУЗ «НОКПЦ имени В. Ю. Мишекурина» о её проведении.

Пациент (законный представитель) _____ «__» ____ 20__ г.
подпись Ф.И.О (полностью) дата

Пациент (законный представитель) уяснил(а) цель, пользу, риск, альтернативу запланированного медицинского вмешательства и расписался в моем присутствии:

Врач _____ «__» ____ 20__ г.
подпись Ф.И.О (полностью) дата

Переводчик (если использовался) _____
(фамилия, имя, отчество) (подпись)

Этот раздел заполняется при отсутствии возможности пациенту/законному представителю поставить подпись лично
Ввиду объективных причин (_____) пациент/законный представитель может изъявить свою волю, но не может поставить подпись лично. Данный документ заполнен врачом на основании ответов пациента/законного представителя. Содержание информированного согласия пациенту/законному представителю зачитано, необходимые разъяснения проведены. Получено устное согласие на проведение вышеуказанных медицинских вмешательств. Дата: «__» ____ 20__ г. Время: ____ час ____ мин. Врач _____ Врач _____
Этот раздел заполняется только в случае невозможности получить согласие пациента и отсутствии законных представителей
Пациенту необходимо проведение медицинского вмешательства по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни пациента, однако в настоящий момент отсутствует возможность получить согласие пациента (законного представителя) ввиду тяжести его состояния и/или угнетения/ изменения сознания (нужное подчеркнуть). Кроме того, в настоящий момент отсутствует законный представитель пациента или возможность связаться с ним (нужное подчеркнуть). Руководствуясь пунктом 1 части 10 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», консилиум (лечащий/дежурный врач) принимает решение о разрешении вышеуказанных медицинских вмешательств. Дата: «__» ____ 20__ г. Время: ____ час ____ мин. Врач _____ Врач _____ Врач _____

**ГОБУЗ «НОВГОРОДСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
ИМЕНИ В. Ю. МИШЕКУРИНА»**

**ДОТЕСТОВОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ
НА ВИЧ - ИНФЕКЦИЮ**

Ф.И.О. пациента _____

(в случае анонимности не заполнять)

Согласен/ не согласен на проведение до тестового консультирования _____
(нужное подчеркнуть)

Мне в доступной и понятной форме предоставлено достаточное количество информации о:

1. Возможности пройти обследование:

- добровольно (п.3 ст.7 ФЗ №38)

- бесплатно в учреждениях государственной и муниципальной собственности системы здравоохранения;

- анонимно по желанию (п.2 ст.8 ФЗ №38);

2. Возможности пройти повторное обследование в любом другом учреждении здравоохранения по своему выбору, независимо от срока, прошедшего с момента предыдущего освидетельствования;

3. ВИЧ-инфекции и путях её передачи, способах защиты от заражения ВИЧ-инфекции;

4. Осознании положительных и отрицательных последствий определения своего ВИЧ-статуса;

5. Целях и процедуре тестирования, а также о возможностях лечения ВИЧ - инфекции и доступности различных видов социальной поддержки;

- в том, что результат выдается на руки пациенту при предъявлении паспорта и не сообщается по телефону;

- возможности пройти консультирование по результатам обследования в ГОБУЗ Новгородский центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями «Хелпер»

Телефон регистратуры: 8(8162)63-53-79

Дата _____

Подпись пациента _____

Подпись врача, проводившего консультирование _____

**ДОТЕСТОВОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ
ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ НА АНТИТЕЛА К ВИЧ**

1. Ф.И.О. _____
Дата рождения _____
Адрес прописки _____
Адрес проживания _____

2. Семейное положение: женат(замужем), холост _____

3. Употребление наркотиков:
Название наркотического вещества _____
С какого возраста _____

4. Половая жизнь:
С какого возраста _____
Частота смены половых партнеров _____
Использование презервативов: всегда, иногда, не использует _____
Наличие ВИЧ – инфицированных среди половых партнеров _____
Наличие среди половых партнеров лиц с гомосексуальными предпочтениями _____
Пользуется ли услугами коммерческого секса _____ (как часто)

5. Обращение в мед. учреждения и оказание помощи в течении последнего года
(указать учреждение, срок лечение, манипуляции)
Поликлиника _____
Стационар _____
Стоматологические клиники _____

В ходе лечения проводили:
Инъекции (В/М, В/В, П/К, В/К) _____
Операции _____
_____ дата, число, объем оперативного вмешательства)
Гемотрансфузии _____
Лечение, удаление зубов, имплантация _____
Обследования (эндоскопические) _____

6. Нанесение нестерильных проникающих процедур (татуировки, пирсинг и др.) - да-нет
Дата _____
Учреждение _____
Частный мастер _____

7. Перенесенные заболевания:
Вирусный гепатит В, С, Д _____
Венерические заболевания _____
Туберкулез _____
Сахарный диабет _____

Подпись врача проводившего дотестовое консультирование _____

**ПОСЛЕТЕСТОВОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ
ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ НА АНТИТЕЛА К ВИЧ КАК ПРОФИЛАКТИКА
ПЕРЕДАЧИ ВИЧ
ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ.**

1	Убедитесь в готовности пациентки узнать результаты обследования.
2	Сообщите результаты обследования и прокомментируйте их:
А	При отсутствии антител к ВИЧ (отрицательном результате обследования):
*	Еще раз проговорить план действий по снижению риска заражения ВИЧ.
*	Обсудить необходимость повторного обследования на ВИЧ с пациентками, которые недавно (менее 3 месяцев назад) подверглись риску заражения ВИЧ или ведут образ жизни, связанный с высоким риском заражения ВИЧ.
Б	При неопределенных результатах иммунного блотинга на антитела к ВИЧ:
*	Рассказать о частоте встречаемости и возможных причинах неопределенных результатов обследования.
В	При обнаружении антител к белку р24 и при образе жизни, связанной с высоким риском заражения ВИЧ:
*	Обсудить возможность острой стадии ВИЧ-инфекции и необходимость пройти повторное обследование через 1, 3 и 6 месяцев.
Г	При обнаружении антител к ВИЧ (положительном результате обследования):
*	Объяснить разницу между ВИЧ-инфекцией и СПИДом.
*	Подчеркнуть важность оказания мед. помощи на ранних стадиях заболевания, если она доступна, и при необходимости выдать направления к врачам-специалистам ГОБУЗ Новгородский центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями «Хелпер»

Оценка результатов исследований, проведенных методом иммуноблотинга:

Положительный результат - обнаружение в сыворотке антител к двум вирусным белкам из группы env с наличием или отсутствием антител к белкам, кодируемым другими структурными генами (gag, pol);

Отрицательный результат - отсутствие антител к вирусоспецифическим белкам;

Неопределенный результат - обнаружение в сыворотке антител к белкам, кодируемым генами gag, pol.