

**Об утверждении формы письменного добровольного согласия пациента при инвазивных вмешательствах**

Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 20 мая 2015 года № 364. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 18 июня 2015 года № 11386

В соответствии с пунктом 3 статьи 91 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения» **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить форму письменного добровольного согласия пациента при инвазивных вмешательствах согласно приложению к настоящему приказу.

2. Департаменту организации медицинской помощи Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан в установленном законодательством порядке обеспечить:

1) государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан;

2) после государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан направление на официальное опубликование в периодических печатных изданиях и информационно-правовой системе нормативных правовых актов Республики Казахстан «Эділет»;

3) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на вице-министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан Цой А.В.

4. Настоящий приказ вводится в действие после дня его первого официального опубликования.

*Министр здравоохранения  
и социального развития  
Т. Дуйсенова*

*Республики Казахстан*

Приложение  
к приказу Министра здравоохранения  
и социального развития  
Республики Казахстан  
от 20 мая 2015 года № 364

Форма

**Письменное добровольное согласие  
пациента при инвазивных вмешательствах**

Я, (подчеркнуть) пациент/законный представитель:

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при его наличии) пациента/законного представителя)  
находясь в \_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации)  
даю свое согласие на проведение (подчеркнуть): мне/лицу, законным  
представителем которого я являюсь: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при его наличии), дата рождения)  
следующей процедуры: \_\_\_\_\_

(указать наименование процедуры)

1. Я информирован/(а) о целях, характере, неблагоприятных  
эффектах планируемого инвазивного вмешательства, согласен(на) со  
всеми подготовительными и сопровождающими возможными  
анестезиологическими мероприятиями, а также с необходимыми побочными  
вмешательствами. Я предупрежден(а), что во время инвазивного  
вмешательства могут возникнуть непредвиденные обстоятельства, риски и  
осложнения и понимаю, что это может включать нарушения со стороны  
сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем  
жизнедеятельности организма, что это связано с непреднамеренным  
причинением вреда здоровью. В таком случае, я согласен(на) на  
применение врачами всевозможных методов лечения, направленных на  
устранение \_\_\_\_\_ вышеуказанных \_\_\_\_\_ осложнений.

2. Я ставлю в известность врача обо всех проблемах, связанных  
с моим здоровьем (со здоровьем лица, законным представителем которого  
я \_\_\_\_\_ я в л я ю с ь ) :

наследственность;

аллергические проявления;

индивидуальная непереносимость лекарственных препаратов и  
п р о д у к т о в \_\_\_\_\_ п и т а н и я ;

потребление табачных изделий;

злоупотребление алкоголем;

злоупотребление наркотическими средствами;

перенесенные травмы, операции, заболевания, анестезиологические  
п о с о б и я ;

экологические и производственные факторы физической, химической  
или биологической природы, воздействующие на меня (лица, законным  
представителем которого я являюсь) во время жизнедеятельности;

принимаемые лекарственные средства.

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

4. Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа и согласен(а) с ними.

Подпись заявителя: \_\_\_\_\_ (пациент/законный представитель)

Дата заполнения: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 201\_\_ г.

Врач: \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Подпись: \_\_\_\_\_

П р и м е ч а н и е :

1. Инвазивное вмешательство – медицинская процедура, связанная с проникновением через естественные внешние барьеры организма (кожа, слизистые оболочки) (инъекция, диагностическая процедура, хирургическая операция и так далее).

2. Согласие на проведение инвазивного вмешательства может быть отозвано, за исключением случаев, когда медицинские работники по жизненным показаниям уже приступили к инвазивному вмешательству и его прекращение или возврат невозможны в связи с угрозой для жизни и здоровья пациента.