

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ  
«РЕСПУБЛИКАНСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ  
БОЛЬНИЦА ИМ. Н.А. СЕМАШКО»**

**ПРИКАЗ**

25.02.2022

г. Симферополь

№ 66

**О внесении дополнения в приказ от 25.02.2022г. №161 «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия и отказа от медицинского вмешательства, форм добровольного информированного добровольного согласия и отказа от медицинского вмешательства в ГБУЗ РК «Республиканская клиническая больница им.Н.А.Семашко»**

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных», приказом Министерства здравоохранения РФ от 12.11.2021г. №1051н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия и отказа от медицинского вмешательства, формы добровольного информированного добровольного согласия и формы отказа от медицинского вмешательства», в целях обеспечения прав граждан на информированное добровольное согласие и отказа от медицинского вмешательства

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить форму добровольного информированного согласия на профилактическое введение паливизумаба (синагиса) (приложение №1 к настоящему приказу).
2. Заведующему отделением патологии новорожденных и недоношенных детей Структурного подразделения Перинатального центра:
  - 2.1. Ознакомить врачей отделения с настоящим приказом под роспись.
  - 2.2. Обеспечить наличие настоящего приказа в «Папке заведующего отделением», «Информационной папке пациента».
  - 2.3. Контролировать своевременность и качество оформления утвержденной формы добровольного информированного согласия на профилактическое введение паливизумаба (синагиса) в первичной медицинской документации.
3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя главного врача по клинико-экспертной работе Старовойтову А.И..

**Главный врач**

  
**В.А.Фурсова**

УТВЕРЖДЕНО  
приказом ГБУЗ РК  
«РКБ им.Н.А.Семашко»  
от 25.01.2023  
№ 66

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ  
НА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ВВЕДЕНИЕ ПАЛИВИЗУМАБА (СИНАГИСА)

Я, нижеподписавшийся(аяся)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего)  
(мать/отец/опекун) \_\_\_\_\_ ребенка, пол \_\_\_\_\_

Дата рождения ребенка \_\_\_\_\_

Настоящим подтверждаю то, что:

1. Я проинформирован(а):

- а) о риске РСВ-инфекции для моего ребенка и необходимости профилактического введения Синагиса;
- б) о том, что профилактическое введение Синагиса - это введение в организм ребенка медицинского препарата для создания специфической невосприимчивости к респираторно-синцитиальной вирусной инфекции;
- в) о том, что Синагис не является вакциной и не препятствует проведению плановой вакцинации от других инфекций;
- г) о возможных осложнениях;
- д) о последствиях отказа от введения препарата;
- е) о необходимости выполнения предписаний медицинских работников.

2. Я проинформирован(а) о том, что препарат паливизумаб (Синагис) предназначен для предотвращения тяжелого течения РСВ-инфекции, которое может стать причиной госпитализации ребенка.

3. Я ознакомлен(а) с тем, что препарат зарегистрирован в 70 странах мира, в том числе и в Российской Федерации, после прохождения многоцентровых исследований. Назначение препарата осуществляется в соответствии с инструкцией по медицинскому применению препарата. Препарат вводится 3 - 5 раз с интервалом 30 + 5 дней.

4. Обязуюсь явиться на последующие введения препарата, назначенные врачом.

Дата \_\_\_\_\_ ФИО \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

Я, врач \_\_\_\_\_  
(ФИО, должность)

свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с профилактическим введением паливизумаба (Синагиса), и дал ответы на все вопросы.

Дата \_\_\_\_\_ ФИО \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_