

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

ПРИКАЗ

06.05.22

г. Симферополь

№ 409

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

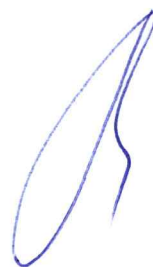
На основании Федерального Закона Российской Федерации от 21.00.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федерального Закона Российской Федерации от 29.11.2010г. №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Федерального Закона Российской Федерации 12.04.2010г. №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.11.2021г. №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», приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации от 05.05.2012г. №502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации», от 10.05.2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», от 24.11.2021г. №1094н «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения, форм бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а так же правил оформления бланков рецептов, в том числе в форме электронных документов», распоряжения Правительства Российской Федерации от 23.12.2021г. №3781-р «О внесении изменений в распоряжение Правительства РФ от 12.10.2019г. «2406-р «Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2020 год», с целью повышения качества и безопасности медицинской деятельности

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить форму информированного добровольного согласия на применение лекарственного препарата, не предусмотренного стандартом оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (приложение №1).

2. Заведующим отделениями и поликлиниками:
3. Контролировать своевременность и качество оформления утвержденной формы информированного добровольного согласия (отказов).
4. Обеспечить наличие данного приказа в «Папке заведующего отделением», «Папке дежурного врача», «Информационной Папке пациента».
5. Настоящий приказ вступает в силу с момента его издания.
6. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Главный врач



В.А.Фурсова

УТВЕРЖДЕНО
 приказом ГБУЗ РК «РКБ им.Н.А.Семашко»
 от 06.05.22 № 409

Информированное добровольное согласие на применение лекарственного препарата, не предусмотренного стандартом оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями

Я, _____, _____ года рождения,
 (Ф. И. О.)
 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)

поставлен (поставлена) в известность, что я (представляемый) госпитализирован (госпитализирована) в отделение _____
 (указать название или профиль отделения)

с диагнозом _____
 Лечение данного заболевания осуществляется согласно стандарта оказания медицинской помощи (Приказ Минздрава № ____ от _____) или клинических рекомендаций, утвержденных от _____.

В соответствии со стандартом оказания медицинской помощи (клиническим рекомендациям) мне показано лечение лекарственным препаратом _____.

По решению врачебной комиссии (Протокол № ____ от _____) лечащим врачом _____ (Ф. И. О. врача) было принято решение о замене по медицинским показаниям (индивидуальная непереносимость, по жизненным показаниям) (нужное подчеркнуть)

лекарственного препарата _____ на лекарственный препарат _____.

С данной заменой я согласен (а) _____
 (подпись)

Я извещен (извещена) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенный препарат, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия.

Я информирован (информирована) о целях, характере, неблагоприятных эффектах, противопоказаниях к назначенному лекарственному препарату, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью.

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.

"__" _____ 20__ года. Подпись пациента (законного представителя)

Расписался в моем присутствии:

Врач _____
 (подпись, Ф. И. О.)