

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ГОРОДА МОСКВЫ
«ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ДЕПАРТАМЕНТА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКВЫ»

П Р И К А З

03.07.2023

№

128

Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, обязательных формах документов для правового обеспечения при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях ГБУЗ «ЦМП ДЗМ»

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 12.11.2021 № 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», письмом Минздрава России от 20.02.2021 № 1/И/1-1221 «О порядке проведения вакцинации вакциной ГАМ-КОВИД-ВАК против COVID-19 взрослого населения», приказом Департамента здравоохранения города Москвы № 1057 от 09.12.2019 «О типовых формах информированного согласия на обработку и передачу персональных данных, данных и сведений, составляющих врачебную тайну», приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 17 апреля 2015 № 308 «О применении кожной пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы при обследовании групп риска по туберкулезу» в целях совершенствования организации первичной медико-санитарной помощи в ГБУЗ «ЦМП ДЗМ»,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Применять в работе ГБУЗ «ЦМП ДЗМ» «Порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств» (Приложение № 1).

2. В целях правового обеспечения организации первичной медико-санитарной помощи ГБУЗ «ЦМП ДЗМ» применять следующие формы документов:

2.1. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (Приложение № 2);

2.2. Отказ от медицинского вмешательства (Приложение № 3);

2.3. Информированное согласие пациента на обработку и передачу его персональных данных, данных и сведений, составляющих врачебную тайну (Приложение № 4);

2.4. Информированное согласие законного представителя несовершеннолетнего на обработку и передачу его персональных данных, данных и сведений, составляющих врачебную тайну (Приложение № 5);

2.5. Добровольное информированное согласие на проведение профилактических прививок детям или отказа от них (Приложение № 6);

2.6. Информированное добровольное согласие на проведение кожных проб (проба манту 2 те-ппдл, диаскинтест) для диагностики туберкулеза или отказ от них (Приложение № 7);

2.7. Добровольное информированное согласие пациента на вакцинацию против новой коронавирусной инфекции или отказ от неё (Приложение № 8);

2.8. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство при проведении аллергообследования для законного представителя пациента (Приложение № 9);

2.9. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство при проведении аллергообследования для пациента старше 15 лет (Приложение № 10);

2.10. Информированное добровольное согласие на проведение Аллерген-специфической иммунотерапии (АСИТ) (Приложение № 11);

2.11. Акт об отказе пациента от подписания информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и об отказе пациента от подписания отказа от медицинского вмешательства (Приложение № 12).

3. Приказ ГБУЗ «ЦМП ДЗМ» от 08.09.2020 г. № 289 «О внедрении форм документов при оказании медицинской помощи в ГБУЗ «ЦМП ДЗМ»» считать утратившим силу.

4. Заместителю главного врача по медицинской части Д.Е Азановой ознакомить с данным Приказом заведующего отделением иммунопрофилактики О.А. Еремину, заведующего консультативно-диагностическим отделением В.И. Свинцицкую, старшего администратора О.А. Егорову, а им в свою очередь ознакомить сотрудников, вверенных им

отделений, под подпись.

5. Заместителю главного врача по медицинской части Д.Е Азановой обеспечить контроль за исполнением настоящего Приказа работникам вверенных отделений, форм документов, в соответствии с Приложениями №№ 1-10 настоящего приказа в медицинских картах амбулаторных больных, (срок - бессрочно);

6. Приказ вступает в силу с момента подписания.

7. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Главный врач



Т.Н. Елагина

Порядок* дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств

1. Информированное добровольное согласие на виды 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 (далее соответственно - информированное добровольное согласие, виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), и отказ от видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень (далее - отказ от медицинского вмешательства), дается гражданином либо одним из родителей или иным законным представителем в отношении лиц, указанных в пункте 2 настоящего Порядка;
2. Информированное добровольное согласие дает один из родителей или иной законный представитель в отношении:
 - 2.1 лица, не достигшего возраста, установленного частью 5 статьи 47 и частью 2 статьи 54 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон N 323-ФЗ) или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство;
 - 2.2 несовершеннолетнего больного наркоманией при оказании ему наркологической помощи или при медицинском освидетельствовании несовершеннолетнего в целях установления состояния наркотического либо иного токсического опьянения (за исключением установленных законодательством Российской Федерации случаев приобретения несовершеннолетними полной дееспособности до достижения ими восемнадцатилетнего возраста);
3. Информированное добровольное согласие оформляется после выбора медицинской организации и врача при первом обращении в медицинскую организацию за предоставлением первичной медико-санитарной помощи;
4. Перед оформлением информированного добровольного согласия лечащим врачом либо иным медицинским работником гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, указанного в пункте 2 настоящего Порядка, предоставляется в доступной для него форме полная информация о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, о последствиях этих медицинских вмешательств, в том числе о вероятности развития осложнений, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи;
5. При отказе от медицинского вмешательства в отношении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, указанного в пункте 2 настоящего Порядка, в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния);
6. Информированное добровольное согласие оформляется в виде документа на бумажном носителе по форме, предусмотренной Приложением № 2 к настоящему Приказу, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в пункте 2 настоящего Порядка, медицинским работником либо формируется в форме электронного документа, подписанного гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в пункте 2 настоящего Порядка, с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи или простой электронной подписи посредством применения единой системы идентификации и аутентификации (далее - ЕСИА), а также

медицинским работником с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи, и включается в медицинскую документацию пациента;

7. Гражданин или его законный представитель, указанный в пункте 2 настоящего Порядка, при оформлении информированного добровольного согласия вправе определить лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья, в том числе после его смерти;

8. Гражданин, один из родителей или иной законный представитель лица, указанного в пункте 2 настоящего Порядка, имеет право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения (в том числе в случае, если было оформлено информированное добровольное согласие), за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона N 323-ФЗ;

9. Отказ от медицинского вмешательства оформляется в виде документа на бумажном носителе по форме, предусмотренной Приложением № 3 к настоящему Приказу, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в пункте 2 настоящего Порядка, медицинским работником либо формируется в форме электронного документа, подписанного гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в пункте 2 настоящего Порядка, с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи или простой электронной подписи посредством применения ЕСИА, а также медицинским работником с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи, и включается в медицинскую документацию пациента;

10. Информированное добровольное согласие и (или) отказ от медицинского вмешательства одного из родителей или иного законного представителя лица, указанного в пункте 2 настоящего Порядка, могут быть сформированы в форме электронного документа при наличии в медицинской документации пациента сведений о его законном представителе;

Информированное добровольное согласие и (или) отказ от медицинского вмешательства в форме электронного документа формируются с использованием единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, государственных информационных систем в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации, медицинских информационных систем медицинских организаций, иных информационных систем, предназначенных для сбора, хранения, обработки и предоставления информации, касающейся деятельности медицинских организаций и предоставляемых ими услуг.

Информированное добровольное согласие и (или) отказ от медицинского вмешательства в форме электронного документа подписываются гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в пункте 2 настоящего Порядка, с использованием простой электронной подписи посредством применения ЕСИА при условии, что при выдаче ключа простой электронной подписи его личность установлена при личном приеме либо с помощью подтверждения сведений, представленных заявителем путем использования индивидуальных средств коммуникации заявителя.

Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Центр медицинской профилактики Департамента
здравоохранения города Москвы»
ИНН 7707087471 /ОГРН 1037739460648, 123060 г. Москва, ул. Маршала Бирюзова д. 39

**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 _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
« _____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)
_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

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. № 390н¹ (далее — виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь в

Государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы «Центр медицинской профилактики Департамента здравоохранения города Москвы»
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. № 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. № 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 или его законного представителя, телефон)

(подпись)

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

« _____ » _____ г.
(дата оформления)

Перечень**

определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

** Утвержден Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 апреля 2012 г. N 390н

"Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Центр медицинской профилактики Департамента
здравоохранения города Москвы»
ИНН 7707087471 ОГРН 1037739460648, 123060 г. Москва, ул. Маршала Бирюзова д. 39

Отказ от медицинского вмешательства

Я, _____ «____» _____ г.
(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.
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента и дата рождения при подписании отказа законным представителем)
при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи
**Государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы «Центр медицинской профилактики
Департамента здравоохранения города Москвы»**

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 23.04.2012г. № 390н:

(наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

Медицинским работником _____
(должность, имя, фамилия, 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)

Перечень**

определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

**Утвержден Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 апреля 2012 г. N 390н

"Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи"

Утверждено
приказом Департамента здравоохранения
города Москвы № 1057
от 09.12.2019г.

Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Центр медицинской профилактики Департамента
здравоохранения города Москвы»
ИНН 7707087471 /ОГРН 1037739460648, 123060 г. Москва, ул. Маршала Бирюзова д. 39

**Согласие пациента на обработку и передачу персональных данных,
данных и сведений, составляющих врачебную тайну**

Я,

(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)
Дата рождения: " ____ " _____ г.р., зарегистрированный(ая) по
адресу: _____

(адрес регистрации по месту жительства)
фактически проживающий(ая) по адресу:

(адрес проживания)
документ, удостоверяющий личность:

(наименование документа, удостоверяющего личность, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)
СНИЛС:

(заполняется при наличии у субъекта персональных данных сведений о СНИЛС)
в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ и Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю свое согласие на обработку Государственным бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы «Центр медицинской профилактики Департамента здравоохранения города Москвы», расположенного по адресу: г. Москва, ул. Маршала Бирюзова д. 39 (далее Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС, полиса добровольного медицинского страхования (ДМС), СНИЛС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, антропометрические и биометрические данные и данные о состоянии рожденного мною ребенка при условии, что их обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, всеми возможными способами. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим лицам в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, ввод, систематизацию, накопление, хранение (в электронном виде и бумажном носителе), уточнение, обновление, передачу, изменение, модификацию, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, а также сводки и системы хранения данных, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в медицинской документации, а также договором на оказание медицинской помощи по программе ОМС (договорам ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями, территориальным фондом ОМС, иными медицинскими организациями с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

Я разрешаю предоставлять, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, следующим лицам:

- Работодатель

- Супруг(а)

- Мать

- Отец

- Сын

- Дочь

- Иные лица

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Настоящее согласие дано мной с даты его подписания и действует бессрочно.

Я не возражаю против ведения моей медицинской документации в бумажном виде.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

Подпись пациента/законного
представителя пациента:

(подпись)

(расшифровка подписи)

Дата: " ____ " _____ 20__ г.

Пациент подписался
в моем присутствии:

(подпись врача)

(расшифровка с указанием должности)

1. Заполняется, если пациент не может самостоятельно прочесть информированное согласие, но может его подписать.

Информированное согласие прочитано пациенту вслух

(Ф.И.О. врача, должность)

Информированное согласие разъяснено и понятно, доведено до пациента в доступной для понимания форме.

Заполнено в моем
присутствии:

(Подпись)

(ФИО, должность)

удостоверяет присутствующий при беседе (свидетель)

врач:

(Подпись)

(ФИО, должность)

2. Заполняется, если пациент по тяжести состояния не может подписаться из-за когнитивного снижения не может прочесть и подписать данное согласие.

(указать в чем состоит тяжесть)

Решение о общем плане обследования и лечения принимается коллегиально (консилиумом) - пункты 9, 10 статьи 20 ФЗ-323 от 21 ноября 2011 г.

Врач ГБУЗ «ЦМП ДЗМ»

(Подпись)

(ФИО)

Врач ГБУЗ «ЦМП ДЗМ»

(Подпись)

(ФИО)

Врач ГБУЗ «ЦМП ДЗМ»

(Подпись)

(ФИО)

Приложение № 5
к приказу ГБУЗ «ЦМП ДЗМ»
от «03» июля 2023 г. № 128

Утверждено
приказом Департамента здравоохранения
города Москвы № 1057
от 09.12.2019г

Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Центр медицинской профилактики Департамента
здравоохранения города Москвы»

ИНН 7707087471 /ОГРН 1037739460648, 123060 г. Москва, ул. Маршала Бирюзова д. 39

Согласие законного представителя несовершеннолетнего на обработку и передачу персональных
данных, данных и сведений, составляющих врачебную тайну

Я,

(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)
Дата рождения: " ____ " _____ г.р., зарегистрированный(ая) по
адресу: _____

(адрес регистрации по месту жительства)
фактически проживающий(ая) по адресу:

(адрес проживания)
документ, удостоверяющий личность:

(наименование документа, удостоверяющего личность, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)
СНИЛС:

(заполняется при наличии у субъекта персональных данных сведений о СНИЛС)
действующий(ая) в интересах несовершеннолетнего

(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего, дата рождения)
свидетельство о рождении (паспорт)

(наименование документа, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)
в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27 июля 2006 года
N 152-ФЗ и Федеральным законом от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в
Российской Федерации", даю свое согласие на обработку Государственным бюджетном учреждении здравоохранения
города Москвы «Центр медицинской профилактики Департамента здравоохранения города Москвы»,
расположенного по адресу: г. Москва, ул. Маршала Бирюзова д. 39 (далее Оператор) персональных данных
несовершеннолетнего, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства,
контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС, полиса
добровольного медицинского страхования (ДМС), СНИЛС, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях
обращения за медицинской помощью, антропометрические и биометрические данные моего ребенка при условии,
что их обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять персональные данные, содержащие сведения,
составляющие врачебную тайну, всеми возможными способами. В процессе оказания Оператором медицинской
помощи моему ребенку я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные моего
ребенка, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим лицам в интересах обследования и лечения
моего ребенка.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными
несовершеннолетнего, включая сбор, ввод, систематизацию, накопление, хранение (в электронном виде и
бумажном носителе), уточнение, обновление, передачу, изменение, модификацию, использование, обезличивание,
блокирование, уничтожение, обрабатывать
персональные данные моего ребенка посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки
(реестры) и отчетные формы, а также сводки и системы хранения данных, предусмотренные документами,
регламентирующими порядок ведения и состав данных в медицинской документации, а также договором на
оказание медицинской помощи по программе ОМС (договорам ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (договору ДМС) на обмен
(прием и передачу) персональных данных со страховыми медицинскими организациями, территориальным фондом
ОМС, иными медицинскими организациями с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и
(или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного
доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляется
лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

Я разрешаю предоставлять, передавать персональные данные моего ребенка, содержащие сведения,
составляющие врачебную тайну, следующим лицам:

- Работодатель

- Супруг(а)

- Мать

- Отец

- Сын

- Дочь

- Иные лица

Передача персональных данных несовершеннолетнего иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Настоящее согласие дано мной с даты его подписания и действует бессрочно.

Я не возражаю против ведения моей медицинской документации в бумажном виде.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

Подпись законного представителя:

(подпись) _____ (расшифровка)

Дата: " ____ " ____ 20 ____ г.

**Законный представитель подписался
в моем присутствии**

(подпись врача) _____ (расшифровка с указанием должности)

1. Заполняется, если законный представитель не может самостоятельно прочесть информированное согласие, но может его подписать.

Информированное согласие прочитано законному представителю
вслух _____

(Ф.И.О. врача, должность)

Информированное согласие разъяснено и понятно, доведено до законного представителя в доступной для понимания форме.

Заполнено в моем присутствии:

Подпись _____ ФИО, должность
удостоверяет присутствующий при беседе (свидетель) врач

Подпись _____ ФИО, должность

2. Заполняется, если законный представитель по тяжести состояния не может подписаться из-за когнитивного снижения не может прочесть и подписать данное согласие.

(указать в чем состоит тяжесть)

Решение об общем плане обследования и лечения принимается коллегиально (консилиумом) - пункты 9, 10 статьи 20 ФЗ-323 от 21 ноября 2011 года

Врач ГБУЗ «ЦМП ДЗМ»

(Подпись)

(ФИО)

Врач ГБУЗ «ЦМП ДЗМ»

(Подпись)

(ФИО)

Врач ГБУЗ «ЦМП ДЗМ»

(Подпись)

(ФИО)

Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Центр медицинской профилактики Департамента
здравоохранения города Москвы»
ИНН 7707087471 / ОГРН 1037739460648, 123060 г. Москва, ул. Маршала Бирюзова д. 39

**Добровольное информированное согласие на проведение профилактических прививок детям или
отказа от них**

1. Я, нижеподписавшийся(аяся)

(фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего в
возрасте

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, настоящим подтверждаю то, что проинформиро-

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

ван(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 медицинской 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 сентября 1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» ⁽¹⁾ отсутствие профилактических прививок влечет:

запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в 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 эпидемий;

отказ в приеме граждан на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями (постановление Правительства Российской Федерации от 15 июля 1999 г. № 825 «Об утверждении перечня работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок» ⁽²⁾).

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

Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки

_____ (название прививки)

возможных прививочных реакциях и поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и:

добровольно соглашаюсь на проведение прививки*(3)

_____ (название прививки)

(добровольно отказываюсь от проведения прививки

_____ (название прививки)

несовершеннолетнему

_____ (указывается фамилия, имя, отчество и год рождения несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет/
несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет)

Я, нижеподписавшийся(ая) *(4)

_____ (фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего в
возрасте
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)

Дата _____

_____ (подпись)

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

Врач _____

(фамилия, имя, отчество)

_____ (подпись)

Дата _____

*(1) Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, N 38, ст. 4736; 2000, N 33, ст. 3348; 2003, N 2, ст. 167; 2004, N 35, ст. 3607; 2005, N 1 (ч. 1), ст. 25; 2006, N 27, ст. 2879; 2007, N 43, ст. 5084; N 49, ст. 6070; 2008, N 30 (ч. 2), ст. 361; N 52 (ч. 1), ст. 6236; 2009, N 1, ст. 21.

*(2) Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, N 29, ст. 3766.

*(3) Пужное подчеркнуть.

*(4) Заполняется для несовершеннолетних в возрасте до 15 лет, несовершеннолетних больных наркоманией в возрасте до 16 лет

Приложение № 7
к приказу ГБУЗ «ЦМП ДЗМ»
от «03» июля 2023 г. № 128

Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Центр медицинской профилактики Департамента
здравоохранения города Москвы»

ИНН 7707087471 / ОГРН 1037739460648, 123060 г. Москва, ул. Маршала Бирюзова д. 39

**Информированное добровольное согласие
На проведение кожных проб (проба манту 2 те-пдл, диаскинтест)
для диагностики туберкулеза или отказ от них**

Я, нижеподписавшийся(ая)

_____ (фамилия, имя, отчество - полностью)

_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)

_____ (фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего или недееспособного гражданина (полностью), г. р.)

Настоящим подтверждаю, что проинформирован(а) о том, что: в соответствии с действующими нормативными правовыми актами, регламентирующими проведение санитарно-эпидемиологических (профилактических) мероприятий, направленных на предупреждение распространения туберкулеза среди детей и подростков:

- ежегодная постановка пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л, начиная с 12-месячного возраста, является обязательным и основным методом для раннего выявления туберкулеза у детей. Для проведения пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л применяют раствор очищенного туберкулина в стандартном разведении, который при внутрикожном введении вызывает местную иммунную реакцию;

- для повышения качества диагностики туберкулеза проводится постановка кожной пробы с аллергеном аллерген туберкулезным рекомбинантным (Диаскинтест). Диаскинтест представляет собой рекомбинантный белок, который при внутрикожном введении вызывает у лиц с туберкулезной инфекцией специфическую кожную реакцию.

Мне понятен смысл и цели проведения кожных проб для диагностики туберкулеза.

К моменту проведения иммунологических проб у лица, мной представляемого, нет никаких острых жалоб на здоровье (температуры, боли, озноба, слабости и др.), кожных заболеваний, аллергических состояний.

Мне ясно, и я принимаю тот факт, что после проведения проб могут наблюдаться местные реакции (покраснение, уплотнение кожи) и иногда кратковременные общие реакции (недомогание, головная боль, повышение температуры).

Я поставил(а) в известность медицинского работника о наличии реакций на предшествующие пробы у лица, мной представляемого.

Я предупрежден(а) о том, что:

- в соответствии с действующими нормативными правовыми актами, регламентирующим проведение санитарно-эпидемиологических (профилактических мероприятий, направленных на предупреждение распространения туберкулеза среди населения, что здоровым детям все профилактические прививки можно производить непосредственно после оценки результатов пробы Манту;

- **статьей 5** Федерального закона от 17 сентября 1998 г. N 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней" (ред. От 31.12.2014) при отсутствии профилактических прививок предусмотрен временный отказ в приеме ребенка в дошкольное, образовательное, оздоровительное учреждение в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;

- отказ от прививок, а также диагностических проб может повлечь за собой серьезную опасность для здоровья ребенка и нарушает его право на жизнь и здоровье, провозглашенное Конституцией Российской Федерации, Конвенцией о правах ребенка (1989 г.), Оттавской Декларацией о праве ребенка на здоровье (1998 г.).

Я ознакомлен(а) и согласен(на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены мною понятны. В соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации":

Добровольно **соглашаюсь** на проведение пробы Манту 2 ТЕ ППД-Л/Диаскинтеста (подчеркнуть нужное) и прошу персонал медицинского учреждения о ее постановке.

Добровольно **отказываюсь** от проведения пробы Манту 2 ТЕ ППД-Л/Диаскинтеста (подчеркнуть нужное).

_____ (фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего или недееспособного гражданина)

Дата " " _____ 20__ года

Подпись законного представителя _____

Расписался в моем присутствии: _____

_____ (должность, Ф.И.О.)

_____ (подпись)

Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Центр медицинской профилактики Департамента
здравоохранения города Москвы»
ИНН 7707087471 ОГРН 1037739460648, 123060 г. Москва, ул. Маршала Бирюзова д. 39

**Добровольное информированное согласие пациента на вакцинацию против новой коронавирусной
инфекции или отказ от неё**

Я, _____ (ФИО
взрослого
или
законного
представителя) _____ года рождения (ФИО
Зарегистрированного по адресу:

_____ (адрес
места жительства гражданина, либо законного представителя) Номер телефона для
связи: _____

Настоящим подтверждаю, что
проинформирован врачом: - о смысле и цели вакцинации; -на момент вакцинации я не предъявляю никаких
острых жалоб на состояние здоровья (температура тела нормальная, отсутствуют жалобы на боль, озноб,
слабость, нет иных выраженных жалоб, которые могут свидетельствовать об острых заболеваниях
или обострении хронических); -я понимаю, что вакцинация - это введение в организм человека
иммунобиологического лекарственного препарата для создания специфической невосприимчивости к
инфекционным заболеваниям; -мне ясно, что после вакцинации возможны реакции на прививку, которые
могут быть местными (покраснения, уплотнения, боль, зуд в месте инъекции и другие) и общими
(повышение температуры, недомогание, озноб и другие); крайне редко могут наблюдаться
поствакцинальные осложнения (шок, аллергические реакции и другие), но вероятность возникновения таких
реакций значительно ниже, чем вероятность развития неблагоприятных исходов заболевания, для
предупреждения которого проводится вакцинация; - овсех имеющихся противопоказаниях к вакцинации; - я
поставил (поставила) в известность медицинского работника о ранее выполненных вакцинациях, обо всех
проблемах, связанных со здоровьем, в том числе о любых формах аллергических проявлений, обо всех
перенесенных мною и известных мне заболеваниях, принимаемых лекарственных средствах, о наличии
реакций или осложнений на предшествующие введения вакцин у меня. Сообщила (для женщин) об
отсутствии факта беременности или кормления грудью. Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и
на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы. Получив полную информацию о необходимости
проведения профилактической прививки против новой коронавирусной инфекции, возможных прививочных
реакциях, последствиях отказа от неё, подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов и: добровольно
соглашаюсь на проведение прививки _____ добровольно
отказываюсь от проведения прививки _____ Я,
нижеподписавшийся(ая) _____ " "

_____ 202года. _____ (подпись пациента) Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы,
связанные с проведением прививок и дал ответы на все вопросы. Врач

Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Центр медицинской профилактики Департамента
здравоохранения города Москвы»
ИНН 7707087471 ОГРН 1037739460648, 123060 г. Москва, ул. Маршала Бирюзова д. 39

Заполняется законным представителем!

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АЛЛЕРГООБСЛЕДОВАНИЯ
(кожные скарификационные пробы)

Я, _____
(Ф.И.О. полностью)

зарегистрированный по адресу:

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель - подчеркнуть) **ребёнка:**

(Ф.И.О. ребенка – полностью)

проживающего по адресу: _____
дата рождения ребёнка « ____ » _____ г.,

получил (-а) от врача-аллерголога иммунолога _____

полные разъяснения о методе проведения обследования.

Я информирован (-а) о целях и необходимости проведения АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ - кожных скарификационных проб С БЫТОВЫМИ, ЭПИДЕРМАЛЬНЫМИ, ПИЩЕВЫМИ, ПЫЛЬЦЕВЫМИ аллергенами, с риском различных реакций, вариантов осложнений и диагностической пользы проводимого обследования у ребёнка

Я сообщил (-а) правдивые сведения о наследственности, наличии аллергических реакций и сопутствующих заболеваний у ребёнка, и **предупрежден (-а)** об ответственности за предоставление неполной или ложной информации о состоянии здоровья ребёнка.

Мне была предоставлена возможность задать все интересующие меня вопросы, на что **получил(-а) понятные мне исчерпывающие ответы** и вопросов к медперсоналу не имею.

Согласие на медицинское вмешательство **ДАЮ / НЕ ДАЮ** (подчеркнуть)

ПОДПИСЬ: _____ / _____ /
(Ф.И.О. законного представителя)

Добровольное информированное согласие подписано законным представителем пациента в нашем присутствии:

Врач аллерголог - иммунолог: _____
(подпись), Ф.И.О.

Медицинская сестра
проводившая исследование: _____
(подпись), Ф.И.О.

Дата оформления: « ____ » _____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Центр медицинской профилактики Департамента
здравоохранения города Москвы»
ИНН 7707087471 / ОГРН 1037739460648, 123060 г. Москва, ул. Маршала Бирюзова д. 39

*Заполняется взрослым или
несовершеннолетним старше 15 лет самостоятельно!*

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АЛЛЕРГООБСЛЕДОВАНИЯ**
(кожные скарификационные пробы)

Я. _____
(Ф.И.О. полностью)

Зарегистрированный _____ по _____ адресу: _____
_____ дата

рождения « ____ » _____,

Врачом аллергологом-иммунологом _____

мне, согласно моей воле, даны полные разъяснения о методе проведения обследования.

Я информирован (-а) о целях и необходимости проведения АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ - кожных скарификационных проб с БЫТОВЫМИ, ЭПИДЕРМАЛЬНЫМИ, ПИЩЕВЫМИ, ПЫЛЫЦЕВЫМИ аллергенами, с риском различных реакций, вариантов осложнений и диагностической пользы проводимого обследования.

Я сообщил (-а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я предупрежден (-а) об ответственности за предоставление неполной или ложной информации о своем состоянии здоровья.

Мне была предоставлена возможность задать все интересующие меня вопросы, на что **получил(а) понятные мне исчерпывающие ответы** и вопросов к медперсоналу не имею.

Согласие на медицинское вмешательство **ДАЮ / НЕ ДАЮ** (подчеркнуть)

ПОДПИСЬ: _____
(Ф.И.О. пациента)

Добровольное информированное согласие подписано пациентом в нашем присутствии:

Врач аллерголог-иммунолог _____ / _____
(подпись), Ф.И.О.

Медицинская сестра
проводившая исследование: _____
(подпись), Ф.И.О.

Дата оформления: « ____ » _____ 20 ____ г.

Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Центр медицинской профилактики Департамента
здравоохранения города Москвы»
ИНН 7707087471 . ОГРН 1037739460648, 123060 г. Москва, ул. Маршала Бирюзова д. 39

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ АЛЛЕРГЕН-СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ (АСИТ)

Я,

_____ (фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)
Дата рождения: " ____ " _____ г.р., зарегистрированный(ая) по
адресу: _____
(адрес регистрации по месту жительства)
фактически проживающий(ая) по адресу: _____
(адрес проживания)
документ, удостоверяющий личность: _____
(наименование документа, удостоверяющего личность, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)
СНИЛС: _____
(заполняется при наличии у субъекта персональных данных сведений о СНИЛС)
действующий(ая) в интересах несовершеннолетнего
_____ (фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего, дата рождения)
свидетельство о рождении (паспорт)
_____ (наименование документа, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

Мне согласно моей воле, даны полные разъяснения о диагнозе, степени тяжести и прогнозе моего заболевания, сопутствующих заболеваниях и возможных осложнениях.

Мне в доступной форме разъяснено, что назначенная мне АЛЛЕРГЕН-СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ (АСИТ) – основной метод лечения аллергических заболеваний. Суть метода заключается в снижении чувствительности организма путем введения постепенно возрастающих доз причиннозначимых аллергенов.

Я информирован(а), что АСИТ проводится амбулаторно под обязательным контролем лечащего врача, согласно утвержденной программе, в режиме работы процедурного (аллергологического) кабинета.

Мне ясно и понятно, что бесконтрольное лечение и несоблюдение правил проведения АСИТ могут привести к тяжелым аллергическим реакциям, самой тяжелой из которых является анафилактический шок, что необходимо соблюдать гипоаллергенную диету и гипоаллергенный быт, оставаться в ГБУЗ «ЦМП ДЗМ» не менее 30 минут после инъекции аллергена, информировать медсестру, врача об изменении в состоянии моего здоровья (покраснение, отек и зуд в месте инъекции, затруднение носового дыхания, зуд в полости носа, чихание, кашель, затруднение дыхания, чувство жара, недомогания, позывы на мочеиспускание и дефекацию), **не реже 1 раза в месяц проводить контроль клинического анализа крови и мочи, при себе всегда иметь антигистаминные препараты, назначенные врачом (желательно в виде капель).**

Мне была предоставлена информация обо всех возможных иных методах лечения, применяемых при заболевании несовершеннолетнего ребенка, с учетом анатомо-физиологических особенностей организма и сопутствующей патологии, а также о возможном риске возникновения нежелательных побочных эффектов при их выполнении.

Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем моего несовершеннолетнего ребёнка, в том числе аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на несовершеннолетнего во время жизнедеятельности, о применяемых им лекарственных средствах.

Мне была предоставлена возможность задать все интересующие меня вопросы, на что получил (а) понятные и исчерпывающие ответы.

Мне разъяснено и понятно, что в соответствии с пунктом 3 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» я имею право в любое время отказаться от любого лечения.

Я ознакомлен (а) и согласен (сна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, понятны, и добровольно даю свое согласие на проведение АСИТ.

Подпись пациента/законного
представителя пациента:

_____ /
(подпись)

_____ /
(расшифровка подписи)

Пациент подписался
в моем присутствии:

_____ /
(подпись врача)

_____ /
(расшифровка подписи, должность)

Дата: " _____ " _____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Центр медицинской профилактики Департамента
здравоохранения города Москвы»
ИНН 7707087471 ОГРН 1037739460648, 123060 г. Москва, ул. Маршала Бирюзова д. 39

АКТ

**Об отказе пациента от подписания информированного добровольного согласия на
медицинское вмешательство и об отказе пациента от подписания отказа от
медицинского вмешательства**

Настоящим актом удостоверяем, что в кабинете

в присутствии:

гражданин _____ (ФИО), записанный на прием к врачу-
_____ (должность ФИО) на

отказался от подписания информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и от
подписания отказа от медицинского вмешательства.

В соответствии с частью 1 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об
основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» необходимым условием медицинского
информированного добровольного согласия гражданина.

После доведения до _____ (ФИО) информации о целях, методах оказания
медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его
последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи _____
отказался от подписания информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.

После этого гражданин(у/ке) _____ были разъяснены возможные последствия такого отказа от
медицинского вмешательства, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния).
_____ отказался подписать отказ от медицинского вмешательства.

Настоящий акт составлен в присутствии _____

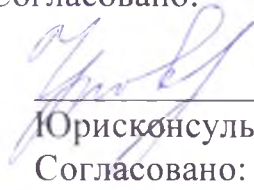
Подписи лиц, составивших акт:

Исполнитель:



Заместитель главного врача по
медицинской части Д.Е. Азанова

Согласовано:



_____/_____/_____ (дата)
Юрисконсульт К.А. Бодрова
Согласовано: