

***Перечень диагностических и лечебных исследований
(процедур, манипуляций), для проведения которых необходимо
письменное информированное добровольное согласие пациента.***

1. Все инвазивные исследования:
 - 1.1. Забор биологических жидкостей (кровь из пальца, вены, моча, мокрота и т.д.)
 - 1.2. Установка катетера в периферические и центральные вены.
 - 1.3. Различные виды диагностических пункций полостей и органов (стернальная, плевральная, люмбальная, суставная, брюшной полости и т.д.)
 - 1.4. Лучевые методы диагностики, в том числе с использованием рентген-контрастных веществ.
 - 1.5. Все виды электрокоагуляций.
 - 1.6. Подготовка и проведение эндоскопических исследований (в т.ч. цистоскопии).
2. Все хирургические методы лечения.
3. Все анестезиологические пособия.
4. Переливание крови, её компонентов и кровезаменителей.
5. Стресс-тесты.
6. Операционная и пункционная биопсия.
7. Плазмаферез.
8. Гипербарическая оксигенация.
9. Гемоультрафильтрация.
10. Велоэргометрия.
11. Проведение профилактических прививок.

БУЗ ВО «Вологодская областная детская больница»

Я, _____
(фамилия, имя, отчество - полностью)

паспорт: серия _____ № _____, выдан: _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун)
ребенка _____

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

даю согласие на проведение определенных видов медицинских
вмешательств в соответствии с перечнем:

***Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на
которые граждане дают информированное добровольное согласие для
получения медицинской 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.
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.

Подпись пациента, законного представителя

(с указанием ФИО)

Дата _____

Подпись врача _____

БУЗ ВО «Вологодская областная детская больница»

***Информированное добровольное согласие с общим планом обследования и
лечения.***

Я, _____
(фамилия, имя, отчество - полностью)

паспорт: серия _____ № _____, выдан: _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун)
ребенка _____

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

ознакомлен (а) лечащим врачом

_____ (фамилия, имя, отчество)

_____ отделения

с намеченным мне (моему ребенку) _____
_____ общим планом обследования и лечения.

- Мне, согласно моей воли, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого).

- Я ознакомлен (а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении и обязуюсь их соблюдать. Я предупрежден, что за грубое нарушение больничного режима могу быть досрочно выписан из лечебно-профилактического учреждения.

- Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому), в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований: лабораторных методов исследования, электрокардиографии; проведения рентгеновских, ультразвуковых и эндоскопических исследований и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, диагностических и лечебных пункций, физиотерапевтических процедур, ЛФК, медицинского массажа.

- Лечащим врачом мне лично были разъяснены цель, характер, ход и объем планируемого обследования, а также способы его проведения.

- Я ознакомлен (ознакомлена) с планом предполагаемого медикаментозного лечения и действием лекарственных препаратов.

- Я информирован (информирована) о неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а так же о том, что мне (представляемому) делать во время их проведения.

- Я уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

- Я извещен (извещена) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;

- Я предупрежден (предупреждена) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

- Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

- Я согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

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

- Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания (о моем представляемом) моим родственникам, законным представителям, гражданам: _____

- Разрешаю посещение в лечебном учреждении представляемого ребенка следующим гражданам: _____

Подбор и осуществление медикаментозного и других видов лечения доверяю своему лечащему врачу _____

(фамилия, имя, отчество)

Подпись пациента, законного представителя

_____ (с указанием Ф.И.О.)

дата _____

Подпись врача _____

(с указанием Ф.И.О.)

дата _____

БУЗ ВО «Вологодская областная детская больница»

Информированное добровольное согласие пациента на операцию переливания крови, её компонентов или кровезаменителей.

Я, _____
(фамилия, имя, отчество - полностью)

паспорт: серия _____ № _____, выдан: _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун)
ребенка _____

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

получил(а) разъяснения по поводу операции переливания крови. Мне объяснены лечащим врачом цель переливания, его необходимость, характер и особенности процедуры, её возможные последствия, в случае развития которых я согласен(а) на проведение всех нужных лечебных мероприятий. Я извещен(а) о вероятном течении заболевания при отказе от операции переливания крови, её компонентов и кровезаменителей.

Я имел(а) все возможности задать любые интересующие меня вопросы касательно состояния здоровья, заболевания и лечения и получил(а) на них исчерпывающие ответы.

Я согласился с предложенным планом лечения, в чем расписался собственноручно _____ (подпись пациента, законного представителя),

или расписался (согласно пункту 1.7 "Инструкции по применению компонентов крови", утвержденной приказом Минздрава России от 25.11.2002 N 363) _____ (подпись, Ф.И.О.),

или что удостоверяют присутствовавшие при беседе _____ (подпись врача, Ф.И.О.), _____ (подпись свидетеля, Ф.И.О.).

Я не согласился (отказался) от предложенного лечения, в чем расписался собственноручно _____ (подпись пациента, законного представителя),

или расписался (согласно пункту 1.7 "Инструкции по применению компонентов крови", утвержденной приказом Минздрава России от 25.11.2002 N 363) _____ (подпись, законного представителя Ф.И.О.),

или что удостоверяют присутствовавшие при беседе _____ (подпись врача, Ф.И.О.), _____ (подпись свидетеля, Ф.И.О.).

БУЗ ВО «Вологодская областная детская больница»

« _____ » _____ 20 ____ г.

***Информированное согласие пациента
на лечебную (диагностическую) манипуляцию (процедуру), операцию,
анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства (пособие).***

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20 п.3,4,5 ФЗ РФ № 323-ФЗ от 21 ноября 2011г «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации» и Приказом Министерства здравоохранения от 03.08.1999г. № 303.

Я, _____

(фамилия, имя, отчество - полностью)

паспорт: серия _____ № _____, выдан: _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун) ребенка

_____ (Ф.И.О. ребенка полностью, год рождения)

1. Мне разъяснены и понятны суть заболевания и опасности, связанные с развитием этого заболевания. Я понимаю необходимость проведения операции, диагностических (лечебных) манипуляций (процедур) _____

Мною сообщено о всех известных мне данных относительно физического состояния и здоровья моего ребенка (острые и хронические заболевания, непереносимость лекарственных средств.

2. Мне понятна необходимость оказания анестезиологического пособия (наркоза) для предстоящего вмешательства. Решение вопроса о методе проведения анестезиологического пособия (наркоза) я доверяю врачу-анестезиологу.

3. Мне полностью ясно, что во время анестезиологического пособия, указанной операции, манипуляции (процедуры) или после них могут развиваться осложнения и критические инциденты, которые включают (но не ограничиваются только этим) реакцию на лекарственные препараты, боли в горле, осиплость голоса, нарушения дыхания, нарушения сердечной деятельности, травма зубов, гортани, глотки, дыхательных путей, тромбоз сосудов, боль и дискомфорт после операции, кровотечение, воспалительные реакции, возможность непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятный исход.

Мне понятно, что любое осложнение может потребовать дополнительных вмешательств или лечения. Я уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которые могут потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций во время операции, анестезиологического пособия, манипуляции (процедуры).

4. Я согласен(на) на переливание донорской крови и ее компонентов, если возникнет такая необходимость в ходе операции или в послеоперационном периоде.

- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на проведение манипуляции (процедуры), операции, анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства в предложенном объеме.

Подпись пациента или законного представителя

_____ (с указанием Ф.И.О.)

Подпись врача

_____ (с указанием Ф.И.О.)

2. Я, пациент или законный представитель _____

(Ф.И.О.)

от проведения в п.1 и п.2 отказываюсь, что и удостоверяю своей подписью. Мне разъяснены возможные последствия отказа от

а именно поздняя или неправильная диагностика заболевания, нетрудоспособность, смерть. Я (пациент или его законный представитель), не буду иметь каких-либо претензий к лечебно-профилактическому учреждению в случае негативных последствий вследствие моего решения.

Подпись пациента или законного представителя

(с указанием Ф.И.О.)

Дата _____

Подпись врача

(с указанием Ф.И.О.)

Дата _____

БУЗ ВО «Вологодская областная детская больница»

Форма информирования пациента о его правах и обязанностях

Уважаемый пациент!

Вам предстоит пройти обследование и лечение в нашем лечебном учреждении, где необходимую Вашему ребенку помощь оказывает высококвалифицированный внимательный медицинский и обслуживающий персонал. Надеемся, что представленная информация заложит основу нашего дальнейшего взаимопонимания и сотрудничества.

В нашем лечебном учреждении Вам будут предложены современные методы обследования, необходимые для оценки Вашего здоровья и выявления имеющихся заболеваний. **Всю информацию**, касающуюся результатов обследования, характера Вашего заболевания, возможных вариантов и результатов лечения Вы сможете получить у **своего лечащего врача, заведующего отделением**.

В ряде случаев необходимые для Вас исследования, процедуры и манипуляции могут вызвать неприятные ощущения, побочные эффекты и редко осложнения. Все предлагаемые лечебно-диагностические мероприятия будут осуществлять только с Вашего **добровольного согласия**. Необходимая информация для принятия Вами решения будет представлена лечащим врачом.

Вы имеете **право отказаться** по своим соображениям от той или иной лечебно-диагностической процедуры. Ваш письменный отказ должен быть соответствующим образом оформлен в истории болезни. Он не будет иметь административных последствий, однако может повлиять на правильность определения заболевания, или явиться причиной снижения эффективности лечения.

Цель настоящей Памятки, в соответствии с нормами действующего законодательства, ознакомить Вас с основными правами и обязанностями пациента нашего учреждения.

Согласно Федерального закона РФ № 323-ФЗ от 21 ноября 2011г «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Ваш ребенок обладает следующими основными **правами** пациента:

- выбор врача и выбор медицинской организации в соответствии с ФЗ-323;
- уважительное и гуманное отношение со стороны персонала учреждения;
- соблюдение в учреждении должных санитарно-гигиенических норм;
- получение консультаций врачей-специалистов;
- облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными средствами;
- защиту сведений, составляющих врачебную тайну (за исключением ряда особых ситуаций, ст.20 п.9 323-ФЗ «Основ...»);
- добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство (с обязательной письменной фиксацией);
- отказ от медицинского вмешательства (с обязательной письменной фиксацией);
- возмещение ущерба в случае причинения вреда здоровью при оказании медицинской помощи;
- допуск к пациенту законного представителя, адвоката, священнослужителя;
- получение информации о состоянии своего здоровья.

По достижении ребенком возраста 15 лет большая часть его прав пациента реализуется им самостоятельно (ст. 54 «Основ»)

Действительное обеспечение и защита прав пациента предполагает знание и соблюдение им ряда соответствующих **обязанностей**.

Пациент обязан:

- соблюдать распорядок работы нашего учреждения и правила пребывания в отделениях;
- соблюдать предписания врача;
- заботиться о своем здоровье, не совершать действий, наносящих ущерб здоровью других людей;
- соблюдать гигиенические и санитарно-эпидемиологические правила и нормы;
- с уважением относиться к правам других пациентов, законных представителей пациентов, медицинского и обслуживающего персонала учреждения;
- информировать медицинский персонал в случае непонимания или неполного понимания предстоящего медицинского вмешательства, продолжения лечения;
- помнить, что любая передача денег за оказываемые услуги непосредственно персоналу, а не уполномоченному лицу (т.н. кассиру), может повлечь за собой выписку из учреждения, а также другие формы ответственности, вплоть до уголовной (квалификация данного факта как взятки, ст. 290 Уголовного кодекса);
- бережно относиться к имуществу учреждения.

В случае нарушения по отношению к Вашему ребенку прав пациента, Вы можете обращаться:

- в администрацию учреждения;
- в страховую медицинскую организацию;
- в департамент здравоохранения.

С данной информацией ознакомлен: _____ (_____)

Роспись

Дата _____

С уважением и пожеланием Вашему ребенку успешного лечения и
скорейшего выздоровления,
Администрация БУЗ ВО «Вологодская областная детская больница»

(Приказ Минздравсоцразвития России
от 26 января 2009 г. N 19н)

**Информированное добровольное согласие на проведение профилактических прививок
или отказа от них**

1. Я, нижеподписавшийся(аяся) _____,

(фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя)-полностью))
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,
(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 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. N 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней"
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. N 825 "Об
утверждении перечня работ, выполнение которых связано с высоким риском
заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения
профилактических прививок").

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

Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки

(название прививки)
возможных прививочных реакций и поствакцинальных осложнениях, последствиях
отказа от нее, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и:

добровольно соглашаюсь на проведение прививки _____

(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(аяся) _____
(фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя)

Дата _____

(подпись, расшифровка подписи)

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

Врач _____
(фамилия, имя, отчество) (подпись)

Дата _____

(приказ ДЗО от 04.10.2011 г. №1181)

**Информированное добровольное согласие
на проведение обследования на ВИЧ – инфекцию**

Я, _____

(фамилия, имя, отчество - полностью)

паспорт: серия _____ № _____, выдан: _____

_____ являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун) ребенка

_____ (Ф.И.О. ребенка полностью, год рождения)

настоящим подтверждаю, что на основании предоставленной мне информации принял решение провести тестирование крови на антитела к ВИЧ. Для этой цели я соглашаюсь сдать анализ крови (крови ребенка) объемом около 5 мл.

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

- Тестирование на ВИЧ можно пройти в БУЗ ВО «Вологодский областной центр по профилактике инфекционных заболеваний», БУЗ ВО «Вологодская областная детская больница» 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 инфекция передается только тремя путями:

- при сексуальных контактах без презерватива;

- через кровь, при медицинских или немедицинских процедурах. Чаще всего при использовании нестерильного инструментария для употребления наркотиков;

- от инфицированной ВИЧ – матери к ребенку во время беременности, родов, при грудном вскармливании.

Заражение ВИЧ в быту при рукопожатиях, пользовании общей посудой, бассейном, туалетом, совместном приеме пищи, 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 не инфицированных 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 БУЗ ВО «Вологодский областной центр по профилактике инфекционных заболеваний» по адресу: г. Вологда, ул. Щетинина, 17-А.

« _____ » _____ 201 ____ г.

_____ Подпись обследуемого на ВИЧ/законного представителя обследуемого на ВИЧ

_____ (расшифровка Ф.И.О.)

Инструкция по заполнению бланков информированного добровольного согласия.

1. Бланки информированного добровольного согласия заполняются в соответствии с настоящей Инструкцией.
2. Бланки добровольного информированного согласия могут быть заполнены собственноручно пациентом или его законным представителем, а также печатным способом, в том числе с использованием средств вычислительной техники, за исключением строк "подпись пациента/законного представителя" и "Врач".
3. При заполнении бланка добровольного информированного согласия рекомендуется использовать шрифты, чернила (пасту) синего или черного цвета.
4. Пациент имеет право отказаться от заполнения настоящих бланков. В этом случае допускается получение добровольного информированного согласия не на бланке, а в простой письменной форме с соблюдением требований законодательства Российской Федерации.
5. Бланки добровольного информированного согласия могут использоваться при оказании амбулаторно-поликлинической, стационарной помощи, а также в условиях дневного стационара.
6. Добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство, на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства, на оперативное вмешательство, в т.ч. переливание крови и ее компонентов, на вакцинацию и на отказ от медицинского вмешательства (далее "добровольное информированное согласие") берется до момента оказания медицинской помощи у каждого пациента или его законного представителя, при поступлении на стационарное лечение, в дневной стационар, для инвазивного вмешательства в амбулаторно-поликлинических условиях, а также в других случаях, вне зависимости от пола, возраста, гражданства, национальной и религиозной принадлежности, а также от принадлежности к прикрепленному контингенту.
7. Каждый бланк должен быть заверен собственноручно подписью пациента или его законного представителя, а также подписью врача, получавшего у пациента добровольное информированное согласие.
8. Дееспособные лица, достигшие 15-летнего возраста (старше 14 лет 11 месяцев 29 дней), подписывают бланки самостоятельно. При согласии лица старше 15 лет (старше 14 лет 11 месяцев 29 дней) и по желанию родителей (законных представителей) бланки информированного согласия могут быть подписаны родителями (законными представителями).
9. Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители: мать, отец, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.
10. При отсутствии законных представителей недееспособного гражданина или состояние которого не позволяет высказать свою волю, решение о необходимости лечения принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением заведующего отделением, главного врача больницы (заместителей главного врача по медицинской части) и законных представителей.
11. В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения неотложна, вопрос об информированном добровольном согласии в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с

последующим уведомлением заведующего отделением, главного врача больницы (заместителей главного врача по медицинской части) и законных представителей.

12. Не допускается отказ от лечения или медицинского вмешательства лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, или лиц, совершивших общественно опасные деяния, на основаниях и в порядке, установленных законодательством Российской Федерации.

13. При отказе родителей или иных законных представителей лица, не достигшего возраста 15 лет, либо законных представителей лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, от медицинской помощи, необходимой для спасения жизни указанных лиц, больничное учреждение имеет право обратиться в суд для защиты интересов этих лиц.

Случаи, при которых не допускается отказ от медицинского вмешательства.

Не допускается отказ от лечения или медицинского вмешательства лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, или лиц, совершивших общественно опасные деяния, на основаниях и в порядке, установленных законодательством Российской Федерации.

На основании пункта 3 статьи 17 Федерального закона от 09.01.1996 года № 3-ФЗ "О радиационной безопасности населения" гражданин (пациент) имеет право отказаться от медицинских рентгенорадиологических процедур, за исключением профилактических исследований, проводимых в целях выявления заболеваний, опасных в эпидемиологическом отношении.

На основании пункта 2 статьи 9 Федерального закона от 18.06.2001 года № 77-ФЗ "О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации" диспансерное наблюдение за больными туберкулезом устанавливается независимо от согласия таких больных или их законных представителей.

На основании пункта 1 статьи 5 Федерального закона от 17 сентября 1998 года № 157-ФЗ граждане при осуществлении иммунопрофилактики имеют право на отказ от профилактических прививок. 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.

При отказе от медицинского вмешательства гражданину или его законному представителю в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается гражданином либо его законным представителем, а также медицинским работником.

При отказе родителей или иных законных представителей лица, не достигшего возраста 15 лет, либо законных представителей лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, от медицинской помощи, необходимой для спасения жизни указанных лиц, больничное учреждение имеет право обратиться в суд для защиты интересов этих лиц.