

Понятие
информированного
добровольного согласия;
отказ от лечения;
Понятие врачебной
тайны.

Информированное добровольное согласие — право пациента; необходимое предварительное условие, представляющее собой процесс получения разрешения у пациента или его законного представителя в виде добровольного принятия предложенного врачом медицинского вмешательства, построенный на предоставленной в доступной форме обстоятельной информации о предстоящем вмешательстве, вероятных осложнениях, вариантах процедур и условий их оказания, в результате выступающий механизмом защиты прав как пациента, так и врача.

Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 29.07.2017) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Статья 20. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства

Приложение № 2
Форма

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

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

« _____ » _____ г. рождения,
зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина
либо 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. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее — Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в _____

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. 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» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 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)

_____ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

_____ (подпись) _____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

_____ (подпись) _____ (Ф.И.О. медицинского работника)

« _____ » _____ г.
(дата оформления)

Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается:

- 1) если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители;
- 2) лицам страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;
- 3) лицам, страдающим тяжелыми психическими расстройствами;
- 4) лицам, совершивших преступления;
- 5) при проведении судебно-медицинской экспертизы или судебно-психиатрической экспертизы.

Отказ от медицинского вмешательства

Право пациента, реализующее естественную возможность человека отказаться от любых вторжений в его личную жизнь, включая и те, которые нужны для спасения ее самой.

Приложение № 3
Форма

Отказ от 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

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

« _____ » _____ г. рождения,

зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина
либо законного представителя)

при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в _____

(полное наименование медицинской организации)

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 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее — виды медицинских вмешательств):

(наименование вида медицинского вмешательства)

Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. 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). 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 вид (такие виды) медицинского вмешательства.

(подпись) _____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись) _____ (Ф.И.О. медицинского работника)

« _____ » _____ г.
(дата оформления)

Врачебная тайна — понятие, представляющее собой запрет медицинскому работнику сообщать третьим лицам информацию о состоянии здоровья пациента, диагнозе, результатах обследования, самом факте обращения за медицинской помощью и сведений о личной жизни, полученных при обследовании и лечении. Запрет распространяется также на всех лиц, которым эта информация стала известна в случаях, предусмотренных законодательством.

ФЗ.323. Ст.13.

Когда предоставление сведений, составляющих врачебную тайну допустимо:

- 1) В целях обследования и лечения больного, который неспособен выразить свою волю.
- 2) При угрозе распространения инфекционных заболеваний.
- 3) По запросу органов дознания и следствия, органов суда.

4) По запросу органов дознания и следствия, органов суда.



ПРОКУРАТУРА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПРОКУРАТУРА
САНКТ-ПЕТЕРБУРГА
ул. Почтамтская, д. 2/9,
Санкт-Петербург, Россия, 190000

Генеральному директору ООО «В
КОНТАКТЕ»

Дурову П.В.

Невский пр., д. 28, Санкт-Петербург

09.12.2011 № 24

ПОВЕСТКА

Руководствуясь ч. 2 ст. 22 Федерального закона от 17.01.1992 № 2202-1 «О прокуратуре Российской Федерации» вызываю Вас для дачи объяснений по существу проводимой проверки к 17 часам 09.12.2011 в прокуратуру г. Санкт-Петербурга в каб. № 109 д. 2/9 по ул. Почтамтской.

При себе необходимо иметь паспорт или иной документ, удостоверяющий личность.

В случае не явки Вы можете быть привлечены к административной ответственности в соответствии с ст. 17.7 КоАП РФ.

Старший помощник прокурора
города - начальник отдела

Д.В. Царев

Исп. Сюрина М.В.
т. 318-26-94

022673

- 5) В случае оказания помощи несовершеннолетнему.
- 6) В целях проведения военно-врачебной экспертизы.
- 7) В целях расследования несчастного случая
- 8) При обмене информацией медицинскими организациями
- 9) В целях осуществления контроля качества.



Спасибо за внимание!