**Об утверждении формы письменного добровольного согласия пациента при инвазивных вмешательствах**

Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 20 мая 2015 года № 364. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 18 июня 2015 года № 11386

      В соответствии с пунктом 3 статьи 91 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения» **ПРИКАЗЫВАЮ**:
      1. Утвердить форму письменного добровольного согласия пациента при инвазивных вмешательствах согласно приложению к настоящему приказу.
      2. Департаменту организации медицинской помощи Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан в установленном законодательством порядке обеспечить:
      1) государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан;
      2) после государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан направление на официальное опубликование в периодических печатных изданиях и информационно-правовой системе нормативных правовых актов Республики Казахстан «Әділет»;
      3) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан.
      3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на вице-министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан Цой А.В.
      4. Настоящий приказ вводится в действие после дня его первого официального опубликования.

*Министр здравоохранения*
*и социального развития*
*Республики Казахстан                       Т. Дуйсенова*

 Приложение
 к приказу Министра здравоохранения
 и социального развития
 Республики Казахстан
 от 20 мая 2015 года № 364

 Форма

                 **Письменное добровольное согласие**
              **пациента при инвазивных вмешательствах**

      Я, (подчеркнуть) пациент/законный представитель:
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
(фамилия, имя, отчество (при его наличии) пациента/законного представителя)
находясь в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
                     (наименование медицинской организации)
даю свое согласие на проведение (подчеркнуть): мне/лицу, законным
представителем которого я являюсь: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
     (фамилия, имя, отчество (при его наличии), дата рождения)
следующей процедуры: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
                           (указать наименование процедуры)

      1. Я информирован/(а) о целях, характере, неблагоприятных
эффектах планируемого инвазивного вмешательства, согласен(на) со
всеми подготовительными и сопровождающими возможными
анестезиологическими мероприятиями, а также с необходимыми побочными
вмешательствами. Я предупрежден(а), что во время инвазивного
вмешательства могут возникнуть непредвиденные обстоятельства, риски и
осложнения и понимаю, что это может включать нарушения со стороны
сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем
жизнедеятельности организма, что это связано с непреднамеренным
причинением вреда здоровью. В таком случае, я согласен(на) на
применение врачами всевозможных методов лечения, направленных на
устранение вышеуказанных осложнений.
      2. Я ставлю в известность врача обо всех проблемах, связанных
с моим здоровьем (со здоровьем лица, законным представителем которого
я являюсь):
      наследственность;
      аллергические проявления;
      индивидуальная непереносимость лекарственных препаратов и
продуктов питания;
      потребление табачных изделий;
      злоупотребление алкоголем;
      злоупотребление наркотическими средствами;
      перенесенные травмы, операции, заболевания, анестезиологические
пособия;
      экологические и производственные факторы физической, химической
или биологической природы, воздействующие на меня (лица, законным
представителем которого я являюсь) во время жизнедеятельности;
      принимаемые лекарственные средства.
      3. Я имел(а) возможность задавать любые вопросы врачу и на все
вопросы получил(а) исчерпывающие ответы.
      4. Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа и
согласен(а) с ними.

Подпись заявителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (пациент/законный представитель)
Дата заполнения: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/201\_\_ г.
Врач: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(фамилия, имя, отчество (при его наличии)
Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Примечание:
      1. Инвазивное вмешательство – медицинская процедура, связанная
с проникновением через естественные внешние барьеры организма (кожа,
слизистые оболочки) (инъекция, диагностическая процедура,
хирургическая операция и так далее).
      2. Согласие на проведение инвазивного вмешательства может быть
отозвано, за исключением случаев, когда медицинские работники по
жизненным показаниям уже приступили к инвазивному вмешательству и его
прекращение или возврат невозможны в связи с угрозой для жизни и
здоровья пациента.