**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.