

ООО «ДИАЛИЗ НАЛЬЧИК»

ПРИКАЗ № 5/22___

г. Нальчик

«01» марта 2022 г.

Об утверждении форм информированных добровольный согласий, форм информированных добровольных отказов, правил поведения пациента

Руководствуясь частью 8 статьи 20 и частью 3 статьи 27 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

- 1.1. Форму информированного добровольного согласия на проведение гемодиализа (приложение 1);
- 1.2. Форму информированного добровольного согласия на проведение перитонеального диализа (приложение 2);
- 1.3. Форму информированного добровольного отказа от проведения диализа (приложение 3);
- 1.4. Правила внутреннего распорядка поведения пациента (приложение 4).

2. Использовать:

- 2.1. Форму информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство согласно приложению №2 Приказа Минздрава России 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»;
- 2.2. Форму отказа от медицинского вмешательства согласно приложению №3 Приказа Минздрава России 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»;
- 2.3. Форму информированного согласия на проведение освидетельствование на ВИЧ-инфекцию, Приложение 2 к «Методическим рекомендациям о проведении обследования на ВИЧ-инфекцию» (утв. Минздравсоцразвития РФ 06.08.2007 № 5950-РХ).

3. Главному врачу ознакомить врачей с настоящим приказом.

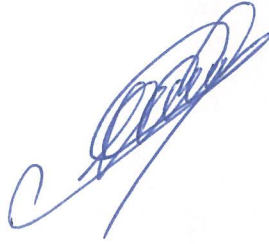
4. Врачам, перед оформлением информированного добровольного согласия/информированного добровольного отказа гражданину, предоставлять в доступной

ООО «ДИАЛИЗ НАЛЬЧИК»

для него форме полную информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанных с ней рисках, возможных вариантах видов медицинских вмешательств, о последствиях этих медицинских вмешательств, в том числе о вероятности развития осложнений, а также о предполагаемых результатах оказания/отказа от оказания медицинской помощи.

5. Контроль за исполнением приказа оставляю за собой.

Генеральный директор



М.Р. Акчурин

ООО «ДИАЛИЗ НАЛЬЧИК»

Приложение 1
к приказу от 01.03.2022 № 5/22
ООО «ДИАЛИЗ НАЛЬЧИК»

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ГЕМОДИАЛИЗА

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, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)
даю информированное добровольное согласие на проведения заместительной почечной терапии методом (медицинского вмешательства) гемодиализа. Разрешаю моему лечащему врачу и его медицинскому персоналу проводить мне процедуры и медицинские манипуляции, которые могут оказаться необходимыми в процессе проведения процедур гемодиализа.

В _____
(полное наименование медицинской организации)

ОБЪЯСНЕНИЕ:

Врачи обнаружили, что Вы страдаете хронической болезнью почек (ХБП) и рекомендуют Вам начать заместительную почечную терапию.

Возможны следующие виды заместительной почечной терапии:

1. Хронический программный гемодиализ;
2. Перитонеальный диализ;
3. Трансплантация почки.

Этот документ, подписанный Вами, информирует Вас о процедуре гемодиализа и связанных с ним рисках, их последствиях, в том числе вероятностью развития осложнений, а также предполагаемых результатах лечения, разрешает проведение Вам процедур гемодиализа.

ОПИСАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ МЕТОДОМ ГЕМОДИАЛИЗА:

Гемодиализ используется для облегчения симптомов хронической болезни почек (ХБП).

Гемодиализ - метод внепочечного очищения крови, во время которого происходит удаление из организма токсических продуктов обмена веществ, нормализация нарушений водного и электролитного балансов, при этом очищение крови осуществляется через искусственную мембрану с применением аппарата «искусственная почка». Пациент, страдающий ХБП получает гемодиализ всю жизнь.

Гемодиализ не лечит заболевание почек, а замещает некоторые из функций почек, которые они более не способны выполнять. Лечение гемодиализом направлено на продление жизни и достижение приемлемого качества жизни больных.

ООО «ДИАЛИЗ НАЛЬЧИК»

Для проведения гемодиализа необходим сосудистый доступ, из которого осуществляется забор крови для проведения процедуры гемодиализа. Сосудистый доступ формируется хирургическим путем, или пункцией, или катетеризацией магистральных сосудов. Сосудистый доступ может быть временный или постоянный. Пациенты, страдающие хронической почечной недостаточностью, обычно получают диализное лечение через артериовенозную фистулу. При объективных причинах, не позволяющих сформировать фистулу, например, при уже имеющемся поражении сосудов (при сахарном диабете, распространенном атеросклерозе и др. заболеваниях, поражающих сосуды), в качестве сосудистого доступа может использоваться сосудистый протез или перманентный (постоянный) катетер.

Процедура гемодиализа относится к сложным хирургическим и инвазивным методам экстракорпорального очищения крови, в процессе которого имеется риск развития осложнений, в том числе опасных для жизни. В условиях нашей медицинской организации (диализного центра/нефрологического центра) Вам будет предложено современное и безопасное лечение квалифицированным, сертифицированным медицинским персоналом, прошедшим необходимое обучение и использующего современное оборудование.

РИСКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ, которые могут быть связаны с применением гемодиализа, описаны ниже и могут заключаться в следующем:

При проведении заместительной почечной терапии методом гемодиализа возможно развитие:

1. Нарушений сердечного ритма, появления головных болей, повышения или понижения артериального давления, кратковременной потери сознания, судороги в конечностях и др., связанных с изменениями химического состава крови пациента и удалением жидкости, как правило не приводящие к тяжелым последствиям;

2. Кровотечения внутриорганные и наружные, при нарушениях свертываемости крови у пациента на фоне систематической гепаринизации или при разъединении кровепроводящих систем;

3. Инфекционных заболеваний, таких как вирусный гепатит, бактериальный эндокардит, сепсис и других парентеральных вирусных инфекций, потенциально передающихся с кровью;

4. Воздушной эмболии (крайне редко), которая может быть причиной тяжелых осложнений, включающих в себя паралич и смерть. Число таких осложнений в мире крайне невелико и составляет не более 5 случаев на 1 миллион процедур в год;

5. Аллергические (редко) и анафилактические реакции (крайне редко) на компоненты экстракорпорального контура, мембрану диализатора, стерилизанта и вводимые лекарственные средства. Реакции могут заключаться в появлении сыпи или крапивницы, кожного зуда, затрудненного дыхания, болей в грудной клетке и пояснице, в самых тяжелых случаях могут приводить к шоку и смертельным осложнениям, что встречается крайне редко (1-2 случая смерти на миллион процедур или введений того или иного препарата в год);

6. Осложнения со стороны сосудистого доступа. Возможно развитие кровотечения, тромбоза и инфицирования артерио-венозной фистулы (редко), а так же развитие аневризм, стенозов фистульной артерии или вены и других осложнений, требующих хирургической коррекции. Сосудистый протез может осложниться кровотечением, тромбозом и инфицированием (редко), что также потребует хирургического вмешательства. Введение и использование подключичного центрального венозного диализного катетера может привести к развитию инфекции, кровотечения, повреждению и/или спадению легкого и, очень редко, к смерти. Введение и использование яремного и бедренного диализного катетера может привести к развитию инфекции, кровотечения и, очень редко, к смерти, поэтому рекомендуется формировать сосудистый доступ заблаговременно, чтобы не подвергать себя риску развития осложнений в результате проведения катетеризации.

НЕКОТОРЫЕ ДРУГИЕ ФАКТОРЫ РИСКА.

Пациент, получающий лечение гемодиализом должен соблюдать назначенную диету, ограничивающую употребление некоторых продуктов и жидкости. Не соблюдение рекомендаций может привести к тяжелым осложнениям как в процессе проведения процедуры гемодиализа, так и в междиализный период

Пациент получающий лечение гемодиализом должен соблюдать санитарно-эпидемиологический режим, т.к. возможно заражения крови различными бактериями, что, как правило, успешно поддается лечению, однако в данной ситуации большое значение имеет наличие у пациента сопутствующей патологии и состояние иммунной системы.

Гемодиализ не лечит заболевание почек, а только замещает некоторые, основные функции почек при ХБП. Поэтому при нахождении на диализе возможно развитие различных поздних осложнений, включая (но не ограничиваясь), такими как сердечно-сосудистые осложнения, уремическая (диализная) кардиомиопатия, периферическое поражение сосудов, полинейропатия, включая синдром беспокойных ног, диализный амилоидоз,

ренальная остеодистрофия, вторичный гиперпаратиреоз, нефрогенная (почечная) анемия, вторичная кистозная болезнь почек, новообразования и другие осложнения.

ООО «ДИАЛИЗ НАЛЬЧИК»

Лечение проводится в строгом соответствии с графиком, в назначенное время, с учетом имеющихся технических возможностей. Явка на лечение осуществляется силами и средствами пациента, либо его родственников или социальных служб.

Отказ от гемодиализа приводит к смерти. Смерть может наступить внезапно, или через сравнительно небольшой промежуток времени.

ПРЕДПОЛАГАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ МЕТОДОМ ГЕМОДИАЛИЗА:

- улучшение общего состояния пациента;
- коррекция либо уменьшение проявлений уремических синдромов (прекращение тошноты и рвоты, профилактика и лечение уремического перикардита, гиперазотемии, гиперкалиемии, коррекция метаболического ацидоза, частичная коррекция нефрогенной анемии, гиперфосфатемии, гипер- и гипотензии);
- коррекция гипергидратации и т.д.
- частичная коррекция белково-энергетической недостаточности;

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ПАЦИЕНТА:

На основании ст. 27 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 года № 323-ФЗ, пациент обязан заботиться о сохранении своего здоровья. Пациент, находящийся на лечении, обязан соблюдать режим лечения, правила поведения пациента в медицинской организации, соблюдать лечебно-охранительный режим, следовать определенным диетическим рекомендациям, ограничивающих употребление некоторых продуктов и объема принимаемой жидкости: резко ограничивается прием поваренной соли, т.к. употребление соленых продуктов приводит к задержке воды в организме, а избыток воды может привести к отеку легких. Ограничивается употребление продуктов с повышенным содержанием калия, фосфора. Ограничивается употребление жирной и жареной пищи. В каждом конкретном случае лечащий врач совместно с пациентом обсуждает диетические ограничения.

Ответственность за следование этим рекомендациям и за соблюдение предписанного врачом как диетического режима, так и за соблюдение санитарно-эпидемиологического, режима отдыха и поведения возлагается на пациента.

В случае возникновения ухудшения самочувствия или возникновения побочных реакций во время лечения гемодиализом ответственность за своевременное сообщение об осложнениях медицинскому персоналу лежит на самом пациенте.

В случаях пропуска планового и/или внепланового гемодиализа и возникновения вследствие этого каких-либо осложнений, ответственность за это лежит на самом пациенте.

Мне в доступной для меня форме разъяснены цели, даны объяснения и описание заместительной почечной терапии методом гемодиализа, связанных с ним рисков, их последствий, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от проведения заместительной почечной терапии в виде гемодиализа, 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)

ООО «ДИАЛИЗ НАЛЬЧИК»

Я получил (а) удовлетворившие меня ответы на все заданные мной вопросы и не имею дополнительных вопросов, относительно моего состояния здоровья.

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

Я проинформирован (а) о предоставленном мне праве выбора медицинской организации, а также о праве выбора мной врача (статья 5, глава 4 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

Мне разъяснено, что в медицинской организации мне предоставляется плановая медицинская помощь в виде заместительной почечной терапии методом гемодиализа. Иная медицинская помощь, не связанная с проведением заместительной почечной терапии, предоставляется в медицинской организации по месту жительства пациента. В случае необходимости оказания экстренной и неотложной медицинской помощи пациент госпитализируется в медицинскую организацию оказывающую специализированную (стационарную) медицинскую помощь бригадой скорой медицинской помощи.

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

Дата « ____ » _____ 20__ года, Время _____

ООО «ДИАЛИЗ НАЛЬЧИК»

Приложение 2
к приказу от 01.03.2022 № 5/202
ООО «ДИАЛИЗ НАЛЬЧИК»

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДИАЛИЗА

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, проживающего по адресу:

_____ (дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на проведения заместительной почечной терапии методом (медицинского вмешательства) перитонеального диализа. Разрешаю моему лечащему врачу и его медицинскому персоналу проводить мне процедуры и медицинские манипуляции, которые могут оказаться необходимыми в процессе проведения процедур перитонеального гемодиализа.

В _____
(полное наименование медицинской организации)

ОБЪЯСНЕНИЕ:

Врачи обнаружили, что Вы страдаете хронической болезнью почек (ХБП) и рекомендуют Вам начать заместительную почечную терапию.

Возможны следующие виды заместительной почечной терапии:

1. Хронический программный гемодиализ;
2. Перитонеальный диализ;
3. Трансплантация почки.

Этот документ, подписанный Вами, информирует Вас о процедуре перитонеального диализа и связанных с ним рисках, их последствиях, в том числе вероятностью развития осложнений, а также предполагаемых результатах лечения, разрешает проведение Вам процедур перитонеального диализа.

ОПИСАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ МЕТОДОМ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДИАЛИЗА:

Перитонеальный диализ (далее -ПД) используется для облегчения симптомов ХБП, продления жизни и достижения приемлемого качества жизни больных. ПД основан на свойствах брюшины, в которой находится много кровеносных сосудов, что позволяет использовать брюшину в качестве «фильтра», очищающего кровь от уремических токсинов. В результате вредные вещества из крови поступают в диализирующий раствор, находящийся

ООО «ДИАЛИЗ НАЛЬЧИК»

в брюшной полости. «Отработанный» раствор с вредными веществами сливается из брюшной полости через 4 часа (в среднем), затем заливается новый стерильный раствор.

Для осуществления процедуры ПД необходимо формирование постоянного доступа, для этого проводится операция – имплантация перитонеального катетера.

Процедура ПД выполняется в домашних условиях самим пациентом или родственниками/сиделкой и проводится 3-5 раз в день. Все материалы, необходимые для проведения процедуры ПД, доставляются пациенту на дом.

РИСКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ МЕТОДОМ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДИАЛИЗА

При проведении процедуры перитонеального диализа возможно развитие:

Неинфекционные осложнения:

- подтекание диализата, связанное с поздним «врастанием» внутренней муфты перитонеального катетера (встречается редко).

- гидроторакс – накопление жидкости в легочной «сумке» – редкое осложнение, связанное с анатомическими особенностями некоторых пациентов, которое невозможно диагностировать до начала процедур ПД.

- нарушения сердечного ритма, связанные с изменениями химического состава крови пациента на фоне несоблюдения предписанной диеты и приема препаратов.

- повышение уровня глюкозы крови.

Инфекционных осложнений:

- инфекция места выхода катетера.

- туннельная инфекция.

- диализный перитонит.

Инфекционные осложнения часто лечатся антибактериальными препаратами. При диализном перитоните антибиотики вводятся в диализный пакет. Диализный перитонит – может приводить к снижению способности брюшины выводить токсины, к образованию спаек в брюшной полости, что может послужить причиной для перевода пациента на гемодиализ. При несвоевременном начале лечения инфекции места выхода или туннельной инфекции, может развиваться диализный перитонит.

Результат лечения инфекционных осложнений зависит от своевременности обращения к Вашему лечащему врачу в нефрологический центр (диализный центр).

Реакции на введенные лекарственные препараты, которые могут заключаться в развитии аллергических реакций, шока и смертельных осложнений, что встречается крайне редко (несколько случаев смертей на миллион введений того или иного препарата в год).

Перитонеальный диализ не лечит заболевание почек, а замещает некоторые функции почек.

НЕКОТОРЫЕ ДРУГИЕ ФАКТОРЫ РИСКА.

Пациент, получающий лечение перитонеальным диализом должен соблюдать назначенную диету, ограничивающую употребление некоторых продуктов и жидкости.

Пациент получающий лечение перитонеальным диализом должен соблюдать санитарно-эпидемиологический режим, т.к. возможно заражения крови различными бактериями, что, как правило, успешно поддается лечению, однако в данной ситуации большое значение имеет наличие у пациента сопутствующей патологии и состояние иммунной системы.

Перитонеальный диализ не лечит заболевание почек, а только замещает лишь некоторые основные функции почек при хронической почечной недостаточности. Поэтому при нахождении на перитонеальном диализе возможно развитие различных поздних осложнений, включая (но не ограничиваясь), такими как сердечно-сосудистые осложнения, уремическая (диализная) кардиомиопатия, периферическое поражение сосудов, полинейропатия, включая синдром беспокойных ног, диализный амилоидоз, ренальная остеодистрофия, вторичный гиперпаратиреоз, нефрогенная (почечная) анемия, вторичная кистозная болезнь почек, новообразования и другие осложнения.

Отказ от проведения ПД в случаях, когда он необходим, неминуемо приводит к смерти больных в течение нескольких суток/недель.

ПРЕДПОЛАГАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ МЕТОДОМ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДИАЛИЗА:

- улучшение общего состояния пациента;

- коррекция либо уменьшение проявлений уремических синдромов (прекращение тошноты и рвоты, профилактика и лечение уремического перикардита, гиперазотемии, гиперкалиемии, коррекция метаболического ацидоза, частичная коррекция нефрогенной анемии, гиперфосфатемии, гипер- и гипотензии);

- коррекция гипергидратации и т.д.

ООО «ДИАЛИЗ НАЛЬЧИК»

- частичная коррекция белково-энергетической недостаточности;

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ПАЦИЕНТА:

На основании ст. 27 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 года № 323-ФЗ, пациент обязан заботиться о сохранении своего здоровья. Пациент, находящийся на лечении, обязан соблюдать режим лечения, правила поведения пациента в медицинской организации, соблюдать лечебно-охранительный режим, следовать определенным диетическим рекомендациям, ограничивающих употребление некоторых продуктов и объема принимаемой жидкости: резко ограничивается прием поваренной соли, т.к. употребление соленых продуктов приводит к задержке воды в организме, а избыток воды может привести к отеку легких. Ограничивается употребление продуктов с повышенным содержанием калия, фосфора. Ограничивается употребление жирной и жареной пищи. В каждом конкретном случае лечащий врач совместно с пациентом обсуждает диетические ограничения.

Ответственность за следование вышеуказанным рекомендациям, за соблюдение предписанного врачом диетического режима, соблюдение санитарно-эпидемиологических правил, режима отдыха и поведения возлагается на пациента.

В случае возникновения ухудшения самочувствия или возникновения побочных реакций во время лечения перитонеальным диализом ответственность за своевременное сообщение об осложнениях медицинскому персоналу лежит на самом пациенте.

В случаях пропуска плановых и/или внеплановых процедур перитонеального диализа и возникновения вследствие этого каких-либо осложнений, ответственность за это лежит на самом пациенте.

Мне в доступной для меня форме разъяснены цели, даны объяснения и описание заместительной почечной терапии методом перитонеального диализа, связанных с ним рисков, их последствий, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от проведения заместительной почечной терапии в виде гемодиализа, 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)

Я получил (а) удовлетворившие меня ответы на все заданные мной вопросы и не имею дополнительных вопросов, относительно моего состояния здоровья.

(подпись)

____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

Я проинформирован (а) о предоставленном мне праве выбора медицинской организации, а также о праве выбора

ООО «ДИАЛИЗ НАЛЬЧИК»

мной врача (статья 5, глава 4 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

Мне разъяснено, что в медицинской организации мне предоставляется плановая медицинская помощь в виде заместительной почечной терапии методом гемодиализа. Иная медицинская помощь, не связанная с проведением заместительной почечной терапии, предоставляется в медицинской организации по месту жительства пациента. В случае необходимости оказания экстренной и неотложной медицинской помощи пациент госпитализируется в медицинскую организацию оказывающую специализированную (стационарную) медицинскую помощь бригадой скорой медицинской помощи.

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

Дата « ____ » _____ 20__ года, Время _____

ООО «ДИАЛИЗ НАЛЬЧИК»

Приложение 3
к приказу от 01.03.2022 № 5/22
ООО «ДИАЛИЗ НАЛЬЧИК»

ИНФОРМИРОВАННЫЙ ДОБРОВОЛЬНЫЙ ОТКАЗ НА ПРОВЕДЕНИЕ ДИАЛИЗА

Я, _____ « ____ » _____ г. рождения,
(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. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента и дата рождения при подписании отказа законным представителем)
при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи

в _____
(полное наименование медицинской организации)

отказываюсь от проведения заместительной почечной терапии методом **гемодиализа/ перитонеального диализа** (не нужное зачеркнуть).

Медицинским работником, врачом- _____

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

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа, 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 заместительной почечной терапии методом гемодиализа/ перитонеального диализа (не нужное зачеркнуть), в отношении которой оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства.

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя)

(подпись)

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

« ____ » _____ г.
(дата оформления)

ООО «ДИАЛИЗ НАЛЬЧИК»

Приложение 4
к приказу от 01.03.2022 № 5/202
ООО «ДИАЛИЗ НАЛЬЧИК»

ПРАВИЛА ВНУТРЕННЕГО РАСПОРЯДКА И ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА В

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.

1.1. Настоящие правила разработаны в целях реализации частью 3 статьи 27 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

1.2. Правила определяют поведение пациента и иных посетителей нефрологического центра (диализного центра) (далее – Медицинская организация) при получении медицинских услуг с целью обеспечения условий, удовлетворяющих потребность в медицинской помощи, услугах медицинского сервиса и услугах, косвенно связанных с медицинскими, а именно обеспечения безопасности граждан при посещении ими медицинской организации, а также работников медицинской организации.

1.3. В соответствии с частью 3, статьи 27 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» соблюдение назначенного режима лечения и настоящих Правил является обязательным для пациента.

1.4. Настоящие Правила размещаются для ознакомления на информационных стендах медицинской организации, на сайте медицинской организации, в распечатанном виде являются неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

2. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ПАЦИЕНТА В МЕДИЦИНСКУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ.

2.1. При обращении в медицинскую организацию для проведения диализа на постоянной основе.

2.1.1. Медицинская организация оказывает медицинскую помощь в амбулаторных условиях (условиях дневного стационара);

2.1.2. Для проведения диализа пациенту необходимо предоставить следующие документы:

- А) Паспорт;
- Б) Полис обязательного медицинского страхования;
- В) Страховой номер индивидуального лицевого счета Пенсионного фонда РФ (СНИЛС);
- Г) Направление (форма 057/у) от медицинской организации для проведения диализа или от главного внештатного специалиста нефролога региона (если предусмотрено нормативными документами);
- Д) Выписки из медицинских организаций (из предыдущего места проведения диализа);
- Е) Анализы крови на гепатиты В и С, сифилис, ВИЧ не позднее одного месяца давности;
- Ж) Справка об инвалидности;
- З) Справка о ЕДВ;

2.1.3. Медицинская организация осуществляет обработку персональных данных пациента исключительно в целях оказания медицинской помощи и обеспечивает сохранность персональных данных;

2.1.4. Проводится проверка документов и осмотр пациента заведующим отделением;

2.1.5. Определяется дата начала диализа в центре, режим проведения диализа (дни недели, смена, кратность проведения диализа и т.д.). Мы готовы прислушиваться к Вашим пожеланиям с учетом наших возможностей, однако, выбор смены, в которой Вы будете получать лечение, определяется лечащим врачом и администрацией Медицинской организации в зависимости от медицинских показаний, загруженности Медицинской организации. Время лечения, диализный аппарат, кресло/кровать для проведения процедур не фиксируются за пациентом. При необходимости Вы можете быть переведены в другую смену, в другие дни, на другой диализный аппарат, в другой диализный зал;

2.1.6. Явка пациента в назначенный день и время для проведения диализа. Перед началом первого диализа, врачом пациенту разъясняются его права и обязанности, суть диализной помощи, возможные риски и осложнения, после чего заполняются информированные добровольные согласия на оказание медицинской помощи и проведение манипуляций;

2.1.7. Проведение процедуры диализа.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ПАЦИЕНТА

Пациент имеет право на:

- 3.1. уважительное и гуманное отношение со стороны работников медицинской организации и других лиц, непосредственно участвующих в оказании ему медицинской помощи;
- 3.2. получение информации о фамилии, имени, отчестве, квалификации лечащего врача;
- 3.3. лечение в условиях, соответствующих санитарно-эпидемиологическим требованиям;

ООО «ДИАЛИЗ НАЛЬЧИК»

- 3.4. обращение с жалобой, предложением, заявлениям к должностным лицам медицинской организации, в контролирующие и надзорные органы, суд;
- 3.5. другие права, предусмотренные действующими нормативными правовыми актами Российской Федерации.

Пациент обязан:

- 3.6. заботиться о сохранности своего здоровья;
- 3.7. соблюдать чистоту и порядок в медицинской организации;
- 3.8. проявлять в общении с медицинскими работниками такт и уважение;
- 3.9. не предпринимать действий, способных нарушить права других пациентов и работников Медицинской организации;
- 3.10. соблюдать установленный порядок деятельности Медицинской организации и нормы поведения в общественных местах;
- 3.11. не вмешиваться в действия лечащего врача, не осуществлять иных действий, способных нарушить процесс оказания медицинской помощи;
- 3.12. не допускать проявлений неуважительного отношения к другим пациентам и работникам медицинской организации;
- 3.13. бережно относиться к имуществу медицинской организации;
- 3.14. соблюдать тишину в Медицинской организации.
- 3.15. соблюдать назначенный лечащим врачом режим лечения;
- 3.16. пребывать в Медицинскую организацию в назначенное время для проведения планового диализа. Ваше опоздание на процедуру более чем на 30 минут, приведет к нежелательному сокращению диализного времени в пределах длительности диализной смены. Перенос процедуры возможен только по согласованию с заведующим отделением, при наличии свободных мест. При полной загруженности Центра, перенос процедуры невозможен. Дополнительные процедуры диализа проводятся по медицинским показаниям, по решению Врачебной комиссии.
- 3.17. при входе в Медицинскую организацию необходимо надеть бахилы или переобуться в сменную обувь. Уличную обувь хранить в пластиковых пакетах;
- 3.18. верхнюю одежду необходимо оставить в гардеробе. За оставленные деньги и ценности в гардеробе или в шкафу для хранения вещей, администрация ответственности не несет.
- 3.19. переодеваться в специальной комнате;
- 3.20. на процедуру диализа приходите только в чистой одежде (переоденьтесь в постиранную одежду (носки и нижнее белье и т.д.) непосредственно перед сеансом диализа);
- 3.21. соблюдать правила личной гигиены. Всегда мойте фистульную руку (ногу) перед процедурой;
- 3.22. пройти процедуру идентификации в Медицинской организации, с целью обеспечения безопасности медицинской помощи. Для этого пациент называет свои фамилию, имя, отчество (при наличии), а также число, месяц и год рождения. Только после завершения идентификации пациент допускается к посещению Медицинской организации. Процедура идентификации пациента может проводиться на всех этапах оказания медицинской помощи. Идентификация пациента сотрудниками Медицинской организации может проводиться регулярно, даже если контакт с пациентом происходит ежедневно. Пациентам с нарушениями речи и слуха предлагается заполнить идентификационный бланк. Процесс идентификации пациента не владеющим русским языком и без переводчика, осуществляется с привлечением сотрудников Медицинской организации, владеющие иностранным языком, на котором говорит пациент. Список сотрудников, владеющих иностранными языками и имеющими возможность выступить в качестве переводчиков размещен на стойке администратора. При отсутствии в Медицинской организации такого сотрудника используются информационные материалы (карточки) для пациентов, переведенные на наиболее распространенные иностранные языки или языки национальных меньшинств.
- 3.23. перед началом диализа пройти обязательный предварительный осмотр дежурным врачом, в том числе, измерение артериального давления, осмотр сосудистого доступа, взвешивание пациента, определение объема ультрафильтрации на данную процедуру диализа и т.д. Отказ пациента от предварительного осмотра **исключает** проведение процедуры гемодиализа.
- 3.24. входить в диализный зал по приглашению медицинского персонала;
- 3.25. брать с собой в диализный зал минимальное количество вещей, которые могут вам понадобиться во время диализа, для их хранения следует использовать только чистые целлофановые пакеты, запрещено проходить в залы с сумками и пакетами, используемыми на улице.
- 3.26. в случае наличия простудного заболевания (кашель, чихание и т.п.), надевайте на территории медицинской организации защитную маску;
- 3.27. В случаях выявления у пациента заболеваний, представляющих опасность для окружающих, пациент обязан в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации проходить медицинские обследования и лечение, а также заниматься профилактикой этих заболеваний;

ООО «ДИАЛИЗ НАЛЬЧИК»

3.28. При подозрении или выявлении у пациента инфекционного заболевания, представляющего опасность для окружающих, пациент направляется в медицинскую организацию инфекционного профиля.

В целях обеспечения личной безопасности пациентов, посетителей и сотрудников медицинской организации, предупреждения и пресечения террористической деятельности, иных преступлений и административных правонарушений, соблюдения общественного порядка и санитарно-эпидемиологических правил, в здании и на прилегающей территории медицинской организации,

4. ЗАПРЕЩАЕТСЯ:

4.1. создавать ситуации, угрожающие жизни, здоровью других пациентов и посетителей медицинской организации, а также медицинских работников и других лиц, участвующих в оказании медицинской помощи;

4.2. унижать честь и достоинство других пациентов и посетителей медицинской организации, а также медицинских работников и других лиц, участвующих в оказании медицинской помощи, допускать по отношению к ним любые словесные оскорбления, угрозы и, тем более, физическое насилие, оскорбление гражданина является административным правонарушением и влечет ответственность в соответствии со статьей 5.61 КоАП РФ;

4.3. являться в медицинскую организацию для проведения процедур гемодиализа в нетрезвом состоянии, в состоянии наркотического или токсического опьянения, а также распивать алкогольные и спиртосодержащие напитки в помещениях и на прилегающей территории медицинской организации (является административным правонарушением и влечет ответственность, предусмотренную статьями 20.20-20.21 КоАП РФ);

4.4. в соответствии с Федеральным законом от 13.12.1996 года № 150-ФЗ «Об оружии» запрещено приносить в медицинскую организацию любой вид оружия (огнестрельное, газовое, холодное и прочее);

4.5. с целью обеспечения безопасности пациентов и медицинского персонала запрещено приносить, разливать, распылять ядовитые, радиоактивные, химические, взрывчатые и легковоспламеняющиеся вещества;

4.6. находиться в помещениях медицинской организации с животными;

4.7. пользоваться открытым огнём, пиротехническими устройствами (фейерверками, петардами и т.п.);

4.8. вход в отделения и режимные кабинеты в верхней одежде запрещается в любое время года;

4.9. находиться в диализном зале без одежды;

4.10. осуществлять действия, влекущие за собой нарушение прав других граждан на благоприятную среду жизнедеятельности без окружающего табачного дыма и охрану их здоровья от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака, на основании пп.2, части 1, статьи 12 Федерального закона от 23.02.2013 № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» **«ЗАПРЕЩЕНО курение табачных изделий, электронных сигарет и вэйп-устройств в помещениях медицинской организации и на прилегающей территории»;**

4.11. осуществлять фото-, видео- и кино съемку (включая аудиозапись) лечебного процесса, а также распространение этих материалов на основании п. 1ст. 152.1 Гражданского кодекса РФ;

4.12. входить в диализный зал без приглашения медперсонала;

4.13. находиться в служебных помещениях медицинской организации без разрешения сотрудников;

4.12. присутствие малолетних детей в медицинской организации во время проведения процедур диализа.

4.13. изымать какие-либо документы из медицинских карт, информационных стендов;

4.14. размещать на территории медицинской организации объявления;

4.15. преграждать проезд санитарного транспорта к зданию медицинской организации.

5. ТРЕБОВАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ ГЕМОДИАЛИЗА:

5.1. пропуск гемодиализ, приход на процедуру в нетрезвом состоянии категорически запрещены;

5.2. при откидывании спинки диализного кресла следить за тем, чтобы она не соприкасалась со стеной и прилежащими коммуникациями;

5.3. во время нахождения в диализном зале отключать звуковой сигнал мобильных телефонов, слушать радио или ТВ только через наушники, громко не разговаривать;

5.4. во время диализа сосудистый доступ, через который проводится процедура, должен быть открыт;

5.5. не укрываться с головой во время процедуры, чтобы персонал мог наблюдать за Вами и своевременно оказать Вам помощь при развитии экстренной ситуации;

5.6. по окончании процедуры не забывать оставлять на диализном кресле принадлежности, выданные Вам на время процедуры;

5.7. контроль за проведением процедуры гемодиализа возложен всецело на специально подготовленный медицинский персонал, причем все вопросы, связанные с изменением программы диализа, назначением лекарств, другие медицинские проблемы, решает только лечащий врач, любые самостоятельные вмешательства в ход диализа недопустимы;

5.8. запрещается самостоятельное управление диализным аппаратом (например, снятие тревог, изменение параметров диализа и любые другие манипуляции с диализным оборудованием и расходным материалом), любые манипуляции выполняются только медицинским и техническим персоналом Медицинской организации;

ООО «ДИАЛИЗ НАЛЬЧИК»

5.9. во время подключения, отключения, работа телевизоров, вентиляции регулируются санитарно-гигиеническими и другими нормативными актами, медперсонал выполняет данные инструкции.

6. МЕДИЦИНСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО ГЕМОДИАЛИЗ.

6.1. Обо всех изменениях в самочувствии во время процедуры гемодиализа немедленно сообщайте медицинскому персоналу.

6.2. Избегайте приема избыточного количества пищи и жидкости. Избегайте также приема избыточного количества жидкости в междиализный период, ограничивайте потребление продуктов, содержащих калий, фосфор, соль. Более подробные рекомендации Вы получите от своего лечащего врача.

6.3. В день забора крови для проведения анализов за 6 часов до начала процедуры диализа и во время процедуры нельзя принимать пищу (кроме чая, сухарей, печенья). Это поможет избежать ошибочных результатов анализов.

6.4. Пациент должен самостоятельно регулярно проверять работу своего сосудистого доступа (фистула, сосудистый протез). В случае прекращения работы сосудистого доступа (перестала «шуметь», при прощупывании нет характерного «дрожания»), необходимо срочно проинформировать дежурного врача медицинской организации, и выполнить рекомендации, данные врачом (внеплановый приезд в медицинскую организацию для осмотра, экстренная госпитализация в стационар и др.).

6.5. Запрещается любое давящее воздействие на руку, на которой находится сосудистый доступ. Недопустимо измерять артериальное давление, поднимать и носить любые предметы весом более 1 кг, носить часы и/или одежду, сдавливающую руку и т.п. Использовать сосудистый доступ для внутреннего введения лекарственных препаратов возможно только при состояниях, угрожающих жизни.

7. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЙ

7.1. В соответствии с установленным Порядком, медицинская организация обеспечивает рассмотрение обращений граждан Российской Федерации, иностранных граждан и лиц без гражданства, за исключением случаев, установленных международными договорами Российской Федерации или законодательством Российской Федерации.

7.2. Пациент имеет право обратиться к руководителю медицинской организации, если, по его мнению, были нарушены его права в виде устного обращения, письменного обращения (письмом, отправленным почтой, в т.ч. электронной почтой, или по факсу), а также посредством информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», в виде электронного документа или сообщения (видео- или аудиосообщения).

7.3. Рассмотрение обращений происходит в установленные законом сроки.

8. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА НАРУШЕНИЕ НАСТОЯЩИХ ПРАВИЛ

8.1. В случае нарушения пациентами и иными посетителями настоящих правил работники медицинской организации вправе делать им соответствующие замечания, призывать к порядку и применять иные меры воздействия, предусмотренные действующим законодательством.

8.2. Воспрепятствование осуществлению процесса оказания медицинской помощи, неуважение к работникам медицинской организации, другим пациентам и посетителям, нарушение общественного порядка на территории и в помещениях медицинской организации, не исполнение законных требований работников медицинской организации, причинение морального вреда работникам медицинской организации, причинение вреда деловой репутации медицинской организации, а также материального ущерба ее имуществу, влечет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

Нарушение настоящих правил может нанести вред как Вам лично, так и окружающим Вас в медицинской организации людям и сделать Ваше пребывание в медницкой организации невозможным.

С правилами согласен,

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя)

Подписанная копия правил выдана на руки _____.

ООО «ДИАЛИЗ НАЛЬЧИК»

Приложение № 2
Утверждено
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 12 ноября 2021 г. № 1051н

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, проживающего 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 (*Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация,; Антропометрические исследования; Термометрия; Тонометрия; Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография; Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно*), 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 (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в 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, врачом- _____

_____ (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

ООО «ДИАЛИЗ НАЛЬЧИК»

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)

ООО «ДИАЛИЗ НАЛЬЧИК»

Приложение № 3
Утверждено
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 12 ноября 2021 г. № 1051н

Отказ от медицинского вмешательства

Я, _____ « ____ » _____ г. рождения,
(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. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента и дата рождения при подписании отказа законным представителем)
при оказании мне (представляемому лицу) 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:

_____ (наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

Медицинским работником, врачом- _____

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

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от выше указанных 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 его законного представителя)

(подпись)

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

« ____ » _____ г.
(дата оформления)