

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

Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 20 мая 2015 года № 364.

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.