Приказ Министра здравоохранения РК от 1 июля 2022 года №ҚР ДСМ-62 «О внесении изменений и дополнений в приказ исполняющего обязанности Министра здравоохранения РК от 30 октября 2020 года №ҚР ДСМ-175/2020 "Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения"

Вкладной лист 3
к медицинской карте
стационарного пациента

**Информированное согласие пациента**

      В соответствии с [п. 3](https://adilet.zan.kz/rus/docs/K2000000360#z2150) статьи 134 Кодекса Республики Казахстан от 7 июля 2020 года "О здоровье народа и системе здравоохранения" (Медицинская помощь должна предоставляться после получения информированного устного или письменного добровольного согласия пациента)

      ИИН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

      Ф.И.О. (при его наличии) (полностью) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Дата рождения - "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_\_г.

      Находясь в МО (наименование МО)

      Даю добровольное согласие на проведение следующих видов медицинского вмешательства:

      1) Мне разъяснены возможные последствия переливания компонентов и (или) препаратов крови (реакции, осложнения, в том числе опасные для жизни, заражение вирусными и бактериальными инфекциями), а также отказа от переливания.

      2) Информирован(а) о правах и обязанностях больного, при лечении туберкулеза, о мерах по соблюдению "Правила поведения больного туберкулезом", возникновения побочных реакций, применения мер принудительной изоляции в случае уклонения и/или отрывов (нарушение режима).

      3) Мною представлена вся необходимая информация о состоянии своего здоровья, предыдущих эпизодах лечения, сопутствующих заболеваниях, перенесенных операциях, травмах, аллергических реакциях и других сведениях, необходимых для выбора правильной тактики лечения.

      4) Я имел (а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил (а) исчерпывающие ответы в доступной форме.

      Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата и время "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_г.

      Если заполнил родственник/опекун / законный представитель пациента:

      Ф.И.О. (при его наличии) (полностью)

      Ф.И.О. (при его наличии) врача, ID

      Дата и время – "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Примечание:

      Согласие на проведение инвазивного вмешательства подлежит отзыву, 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.