Денсаулық сақтау саласындағы есепке алу құжаттамасының нысандарын

 бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы 30 қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығына өзгерістер мен толықтырулар енгізу туралы Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2022 жылғы 1 шiлдедегi № ҚР ДСМ-62 бұйрығы

|  |
| --- |
| Стационарлық пациенттіңмедициналық картасына3-қосымша парақ |

**Пациенттің хабардар етілген келісімі**

      "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 134-бабының [3-тармағына](https://adilet.zan.kz/kaz/docs/K2000000360#z2146) сәйкес (медициналық көмек пациенттің ауызша немесе жазбаша ерікті түрдегі келісімін алғаннан кейін көрсетілуі керек)

      ЖСН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) (толық)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

     Туған күні - "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_\_ж.

      МҰ бола отыра (МҰ атауы) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Медициналық араласудың мынадай түрлерін өткізуге ерікті түрде келісімімді беремін:

      1) Маған қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құюдың мүмкін асқынулары (реакциялар, асқынулар, оның ішінде өмірге қауіпті, вирустық және бактериалдық инфекцияларды жұқтыру, сондай-ақ құюдан бас тарту түсіндірілді.

      2) Туберкулезді емдеу кезінде науқас құқықтары мен міндеттері туралы, "Туберкулезбен ауыратын науқастың мінез-құлық қағидаларын" сақтау шаралары, жағымсыз реакциялардың пайда болуы, жалтарған және / немесе бөлінген жағдайда мәжбүрлеп оқшаулау шараларын қолдану туралы (режимді бұзу) түсіндірілді.

      3) Мен денсаулығым туралы, емделудің алдыңғы эпизодтары, қосарласқан аурулар, бастан өткерген операциялар, жарақаттар, аллергиялық реакциялар туралы және емдеудің дұрыс тактикасын таңдау үшін қажетті барлық ақпарат бердім.

      4) Менде кез-келген сұрақтар қою мүмкіндігі болды, және мен қол жетімді түрде барлық сұрақтарға толық жауап алдым.

      Қолы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Күні мен уақыты 20\_\_\_ ж. "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_

      Егер пациенттің туысы/ қамқоршысы/ заңды өкілі толтырса:

      Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) (толық)

      Дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

      Күні мен уақыты "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ ж. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Ескертпе:

      Медициналық қызметкерлер көрсетілімдер бойынша инвазиялық араласуларды бастап кеткен және пациенттің өміріне қауіп төнуіне байланысты оны тоқтату және қайтару мүмкін болмаған жағдайларды қоспағанда, инвазиялық араласулар жүргізуге келісім қайтаруға жатады.