

**Об исполнении приказа
Министерства здравоохранения
Российской Федерации от
15.12.2014 № 834н «Об
утверждении унифицированных
форм медицинской
документации, используемых в
медицинских организациях,
оказывающих медицинскую
помощь в амбулаторных
условиях, и порядков по их
заполнению»
(с последующими изменениями
Приказ МЗ РФ от 9.01.2018 №2н).**



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ от 15 декабря 2014 г. №834н

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ УНИФИЦИРОВАННЫХ ФОРМ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ, ОКАЗЫВАЮЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ, И ПОРЯДКОВ ПО ИХ ЗАПОЛНЕНИЮ

Утверждены:

форма №025/у "Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях"

форма №025-1/у "Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях"

форма №030/у "Контрольная карта диспансерного наблюдения"

формы №030-13/у "Паспорт врачебного участка граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг"

форма №032/у "Журнал записи родовспоможения на дому"

форма №070/у "Справка для получения путевки на санаторно-курортное лечение"

форма №072/у "Санаторно-курортная карта"

форма №076/у "Санаторно-курортная карта для детей"

форма №079/у "Медицинская справка о состоянии здоровья ребенка, выезжающего в организацию отдыха детей и их оздоровления"

форма №086/у "Медицинская справка (врачебное профессионально-консультативное заключение)"

форма №086-2/у "Журнал регистрации и выдачи медицинских справок (формы №086/у и №086-1/у)"

форма 043-1/у «Медицинская карта ортодонтического пациента»

Порядок заполнения всех указанных форм имеется в приказе. Коротко остановимся на основных учетных формах.

Приказ МЗ РФ от 09.01.2018 №2н внес изменения в Приказ №834н. В каждой форме дополнительный пункт:

б) дополнить пунктом 2.1 следующего содержания:

«2.1. Карта формируется в форме электронного документа, подписанного с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи врача, в соответствии с порядком организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с пунктом 11 части 2 статьи 14 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Значительно поменялись формы 079/у и 043-1/у

Учетная форма N 025/у "Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях" является основным учетным документом медицинской организации, оказывающей помощь в амбулаторных условиях взрослому населению.

Приложение № 1
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 15 декабря 2014 г. № 834н

Наименование медицинской организации _____

Код формы по ОКУД _____

Код организации по ОКПО _____

Медицинская документация

Учетная форма № 025/у

Утверждена приказом Минздрава России

от 15 декабря 2014 г. № 834н

Адрес _____

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА
ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ
В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ № _____**

1. Дата заполнения медицинской карты: число _____ месяц _____ год _____

2. Фамилия, имя, отчество _____

3. Пол: муж. - 1, жен. - 2 4. Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____

5. Место регистрации: субъект Российской Федерации _____

район _____ город _____ населенный пункт _____

улица _____ дом _____ квартира _____ тел. _____

6. Местность: городская - 1, сельская - 2

7. Полис ОМС: серия _____ № _____ 8. СНИЛС _____

9. Наименование страховой медицинской организации _____

10. Код категории льготы _____ 11. Документ _____ : серия _____ № _____

12. Заболевания, по поводу которых осуществляется диспансерное наблюдение:

Дата начала диспансерного наблюдения	Дата прекращения диспансерного наблюдения	Диагноз	Код по МКБ-10	Врач

- Карта заполняется на каждого впервые обратившегося за медицинской помощью в амбулаторных условиях пациента. **На каждого – одна Карта**, независимо от того, сколькими врачами проводится лечение.
- Карты в регистратуре **группируются по участковому принципу или в алфавитном порядке**. Карты граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг, маркируются литерой "Л".
- Титульный лист Карты заполняется в регистратуре медицинской организации при первом обращении пациента за медицинской помощью.
- В Карте отражается характер течения заболевания, а также все диагностические и лечебные мероприятия, проводимые лечащим врачом, записанные в их последовательности.

Карта заполняется на каждое посещение пациента.

При заполнении Карты:

- В случае, если пациент состоит под диспансерным наблюдением по поводу одного и того же заболевания у нескольких врачей-специалистов, каждое заболевание указывается один раз врачом-специалистом, первым установившим диспансерное наблюдение.
- Если пациент наблюдается по поводу нескольких этиологически не связанных заболеваний у одного или нескольких врачей-специалистов, то каждое из заболеваний отмечается в **пункте 12**.
- В пункте 20 указываются все впервые или повторно установленные заключительные (уточненные) диагнозы и Ф.И.О. врача.
- Записи о состоянии пациента при наблюдении в динамике отражаются в **пункте 25**. Обязательным для заполнения является и **пункт 26** – этапный эпикриз, а в случае выбытия из района обслуживания медицинской организации или в случае смерти (посмертный эпикриз) – **пункт 35**.
- В случае смерти пациента оформляется посмертный эпикриз, в котором отражаются все перенесенные заболевания, травмы, операции, выставляется посмертный заключительный рубрифицированный (разбитый на разделы) диагноз; указывается серия, номер и дата выдачи учетной формы "**Медицинское свидетельство о смерти**", а также указываются все записанные в нем причины смерти.

Форма N 025-1/у

"Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях"

заполняется на всех пациентов, обращающихся в медицинские организации, при каждом их обращении и посещении к врачу.

Заполнение данных в Талоне производится путем вписывания необходимых данных и подчеркивания ответов из предложенных вариантов. Записи производятся на русском языке, без сокращений.

Допускаются записи лекарственных средств на латинском языке.

Приложение № 3
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 15 декабря 2014 г. № 834н

(в ред. Приказа Минздрава России
от 09.01.2018 № 2н)

Медицинская документация
Учетная форма № 025-1/у
Утверждена приказом Минздрава России
от 15 декабря 2014 г. № 834н

Наименование медицинской организации _____

Адрес медицинской организации _____

ТАЛОН ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ, № _____

1. Дата открытия талона: число _____ месяц _____ год _____ 2. Код категории льготы _____ 3. Действует до _____
4. Страховой полис ОМС: серия _____ № _____ 5. СМО _____ 6. СНИЛС _____
7. Фамилия _____ 8. Имя _____ 9. Отчество _____ 10. Пол: муж. – 1, жен. – 2
11. Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____ 11.1. Документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ № _____
12. Место регистрации: субъект Российской Федерации _____ район _____ город _____
населенный пункт _____ улица _____ дом _____ квартира _____ тел. _____
13. Местность: городская – 1, сельская – 2
14. Занятость: работает – 1, проходит военную службу или приравненную к ней службу – 2; пенсионер(ка) – 3, студент(ка) – 4, не работает – 5, прочие – 6
15. Место работы, должность (для детей: дошкольник: организован, неорганизован; школьник) _____
16. Инвалидность: установлена впервые – 1, повторно – 2 17. Группа инвалидности: I – 1, II – 2, III – 3 18. Инвалид с детства: да – 1, нет – 2

19. Оказываемая медицинская помощь: первичная доврачебная медико-санитарная помощь – 1, первичная врачебная медико-санитарная помощь – 2,
первичная специализированная медико-санитарная помощь – 3, паллиативная медицинская помощь – 4
20. Место обращения (посещения): поликлиника – 1, на дому – 2, центр здоровья – 3, иные медицинские организации – 4, **мобильная медицинская бригада - 5**
21. Посещения: **по заболеваниям** (коды А00 – Т98) – 1, из них: в неотложной форме – 1.1; активное посещение – 1.2; диспансерное наблюдение – 1.3;
с профилактической и иными целями (коды Z00 – Z99) – 2: медицинский осмотр – 2.1; диспансеризация – 2.2; комплексное обследование – 2.3;
паллиативная медицинская помощь – 2.4; патронаж – 2.5; другие обстоятельства – 2.6
22. Обращение (цель): по заболеванию (коды А00 – Т98) – 1, с профилактической целью (коды Z00 – Z99) – 2
23. Обращение (законченный случай лечения): да – 1; нет – 2 24. Обращение: первичное – 1, повторное – 2
25. Результат обращения: выздоровление – 1, без изменения – 2, улучшение – 3, ухудшение – 4, летальный исход – 5, дано направление:
на госпитализацию – 6, из них: по экстренным показаниям – 7, в дневной стационар – 8, на обследование – 9, на консультацию – 10,
на санаторно-курортное лечение – 11, **на медицинскую реабилитацию - 12**,
отказ от прохождения медицинских обследований при диспансеризации или медицинском осмотре - 13
26. Оплата за счет: ОМС – 1; бюджета – 2; личных средств – 3; ДМС – 4; иных источников, разрешенных законодательством – 5

27. Даты посещений (число, месяц, год):							
--	--	--	--	--	--	--	--

28. Диагноз предварительный _____ код по МКБ-10 _____
 29. Внешняя причина _____ код по МКБ-10 _____
 30. Врач: специальность _____ Ф.И.О. _____ код _____
 Врач: специальность _____ Ф.И.О. _____ код _____
 31. Медицинская услуга _____ код _____
 Медицинская услуга _____ код _____

32. Диагноз заключительный _____ код по МКБ-10 _____
 33. Внешняя причина _____ код по МКБ-10 _____
 34. Сопутствующие заболевания: _____ код по МКБ-10 _____
 _____ код по МКБ-10 _____
 _____ код по МКБ-10 _____
 35. Заболевание: острое (+) – 1; впервые в жизни установленное хроническое (+) – 2; ранее установленное хроническое (–) – 3
 36. Диспансерное наблюдение: состоит – 1; взят – 2, снят – 3, из них: с выздоровлением – 4, со смертью – 5, по другим причинам – 6
 37. Травма: производственная – 1; транспортная – 2, из нее: ДТП – 2.1; спортивная – 3; уличная – 4; сельскохозяйственная – 5; прочая – 6

38. Операция: _____ код _____
 39. Анестезия: общая – 1; местная – 2 40. Операция проведена с использованием аппаратуры: лазерной – 1; криогенной – 2; эндоскопической – 3;
 рентгеновской – 4 41. Врач: специальность _____ Ф.И.О. _____ код _____
 42. Манипуляции, исследования: _____ кол-во _____ код _____
 _____ кол-во _____ код _____
 в том числе лабораторные, инструментальные и лучевые: _____ кол-во _____ код _____
 _____ кол-во _____ код _____
 43. Врач: специальность _____ Ф.И.О. _____ код _____

44. Рецепты на лекарственные препараты:

Дата	Рецепт		Лекарственный препарат	льгота (%)	Лек. форма	Доза	Кол-во	код МКБ-10	Код врача
	серия	номер							

45. Документ о временной нетрудоспособности: листок нетрудоспособности – 1; справка – 2. 46. Повод выдачи: заболевание – 1; уход за больным членом семьи – 2 (Ф.И.О. _____); в связи с карантином – 3; на период санаторно-курортного лечения – 4; по беременности и родам – 5; по прерыванию беременности – 6 47. Дата выдачи: число _____ месяц _____ год _____
 48. Даты продления: _____
 49. Дата закрытия документа о временной нетрудоспособности: число _____ месяц _____ год _____
 50. Дата закрытия талона число _____ месяц _____ год _____ 51. Врач (Ф.И.О., подпись) _____

Учету в Талоне подлежат следующие посещения:

- врачей любых специальностей, ведущих прием в амбулаторных условиях, в том числе консультативный прием
- врачей, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях при выездах в другие медицинские организации, в том числе в фельдшерские и фельдшерско-акушерские пункты

Обращение включает в себя одно или несколько посещений пациента, в результате которых цель обращения достигнута.

Талон заполняется на каждое обращение пациента за оказанием медицинской помощи в амбулаторных условиях.

Пункт 22 обращения пациента в зависимости от цели подразделяются на:

- обращения по поводу заболеваний, травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин (**коды A00 - T98 МКБ-10**);
- обращения с профилактической целью (**коды Z00 - Z99 МКБ-10**).

При обращении по поводу профилактического медицинского осмотра Талон заполняется врачами-специалистами только при отсутствии у пациента заболеваний.

В случае выявления заболевания каждый врач-специалист заполняет отдельный Талон.

В пункте 23 обращение как законченный случай представляет собой одно обращение и одно или несколько посещений пациента, в результате которых цель обращения достигнута.

Если цель обращения не достигнута - случай отмечается как не законченный.

Данные "Талона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях" должны соответствовать учетной форме N 039/У-02 "Ведомость учета врачебных посещений в амбулаторно-поликлинических учреждениях, на дому", утвержденной приказом Минздрава России № 413 от 30.12.2002г., заполняемой всеми врачами, проводящими амбулаторный прием больных в поликлинике и на дому, в т.ч. и ведущими только консультативный прием.

Форма №30 «Сведения о медицинской организации»

T.2105

Из общего числа посещений (табл. 2100, стр. 1) сделано посещений всего	№ строки	Всего	из них:		
			сельскими жителями	детьми 0-17 лет	из них: сельскими жителями (из гр. 5)
1	2	3	4	5	6
По заболеваниям: всего	1				
из них: в неотложной форме	2				
активных	3				
по диспансерному наблюдению	4				
С профилактической и иными целями: всего	5				
в том числе: медицинский осмотр	6				
диспансеризация	7				
комплексный медицинский осмотр	8				
паллиативная помощь	9				
патронаж	10				
прочие	11				
Передвижными: амбулаториями	12				
врачебными бригадами	13				
мобильными медицинскими бригадами	14				

ТАЛОН ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

21. Посещения:

по заболеваниям (коды A00 – T98) – 1, из них: в неотложной форме – 1.1; активное посещение – 1.2; диспансерное наблюдение – 1.3;

с профилактической и иными целями (коды Z00 – Z99) – 2: медицинский осмотр – 2.1; диспансеризация – 2.2; комплексное обследование – 2.3; паллиативная медицинская помощь – 2.4; патронаж – 2.5; другие обстоятельства – 2.6

Учету подлежат следующие посещения:

- - врачей любых специальностей, ведущих амбулаторный, в том числе консультативный прием (терапевтов, педиатров, хирургов, акушеров-гинекологов, урологов, отоларингологов и т.д., включая заведующего отделения);
- - врачей, оказывающих медицинскую помощь в специально выделенные для амбулаторного приема дни, при выездах в другие лечебно-профилактические учреждения (районные больницы, участковые больницы и амбулатории, фельдшерско-акушерские пункты);
- - посещение больного или родственника больного для повторной выписки рецепта (онкопатология, сахарный диабет и др.);
- - консультации врачами поликлиник больных, находящихся на лечении в стационаре.

Примечание: Посещения в течение дня больным одного и того же врача учитывается как одно посещение.



Графа 11 «Из общего числа посещений на дому, посещения по поводу заболеваний, всего».

К посещениям по поводу заболеваний следует относить:

- - посещения, когда у обратившегося выявлено заболевание;
- - посещения для лечения;
- - посещения диспансерным контингентом в период ремиссии;
- - посещения больными в связи с оформлением на МСЭ, санаторно-курортной карты открытие и закрытие листка нетрудоспособности, получения справки о болезни ребенка, направление на аборт по медицинским показаниям, по поводу патологии беременности, после абортов по медицинским показаниям, а также по поводу консультаций у специалистов, даже если врач при этом не находит никакой патологии по своей специальности.

Общее число посещений на дому с профилактической целью исчисляется как разница граф **10** и **11**.

графа 10 — графа 11 = Общее число посещений на дому с профилактической целью

К посещениям с профилактической целью следует относить:

- **посещения по поводу осмотров при поступлении на работу, учебу, в дошкольное учреждение, при направлении в учреждения отдыха;**
- **осмотров контингентов, подлежащих периодическим осмотрам;**
- **осмотров населения при проведении ежегодной диспансеризации;**
- **осмотров при решении вопроса о проведении профилактических прививок (при условии, что во время осмотра у пациента не будет выявлено заболеваний);**

Если врач при проведении профилактического осмотра только заподозрил заболевание, но диагноза не поставил и направил пациента к соответствующему специалисту для установки диагноза, посещение у врача, проводившего осмотр, должно быть учтено как посещение с профилактической целью. Посещение же у консультирующего специалиста в случае установления диагноза должно быть учтено как посещение по поводу заболевания.

Данные формы №39 «Ведомость учета врачебных посещений в амбулаторно-поликлинических учреждениях, на дому» должны соответствовать информации в учетной форме №031/у «Книге записи вызовов врачей на дом».

Медицинская документация
Форма № 031/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. № 1030

КНИГА
записи вызовов врачей на дом
за _____ 19... г.

Примечание: По каждому терапевтическому (педиатрическому) участку ведутся отдельные книги.

№ п/п	Дата и час вызова	Фамилия, имя, отчество больного	Год рождения, возраст	Адрес	Участок №	По какому поводу сделан вызов
1	2	3	4	5	6	7

и т.д. до конца страницы

продолжение

Вызов первичный, повторный, посещение активное	Дата выполнения вызова	Кем выполнен вызов	Подпись выполнившего вызов	Диагноз	Оказанная помощь, куда больной направлен (для неотложной помощи)
8	9	10	11	12	13

и т.д. до конца страницы

**Учетная форма №030/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения»
утверждена приказом МЗ РФ № 834н от 15.12.2014г. заполняется на каждое
заболевание, по поводу которого проводится диспансерное наблюдение.**

Приложение № 5
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 15 декабря 2014 г. № 834н

Наименование медицинской организации _____

Адрес _____

Код формы по ОКУД _____

Код организации по ОКПО _____

Медицинская документация

Учетная форма № 030/у

Утверждена приказом Минздрава России
от 15 декабря 2014 г. № 834н

**КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА
ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ № _____**

1. Диагноз заболевания, по поводу которого пациент подлежит диспансерному наблюдению: _____

Код по МКБ-10 _____

2. Дата заполнения карты: число _____ месяц _____ год _____

3. Специальность врача _____ 4. Ф.И.О. врача _____

5. Дата установления диагноза _____ 6. Диагноз установлен: впервые – 1, повторно – 2.

7. Заболевание выявлено при: обращении за лечением – 1, профилактическом осмотре – 2.

8. Дата начала диспансерного наблюдения _____ 9. Дата прекращения диспансерного наблюдения _____

10. Причины прекращения диспансерного наблюдения: выздоровление – 1, выбытие из района обслуживания – 2,
смерть – 3.

11. Фамилия, имя, отчество пациента _____

12. Пол: муж. – 1, жен. – 2 13. Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____

14. Место регистрации: субъект Российской Федерации _____

район _____ город _____ населенный пункт _____

улица _____ дом _____ квартира _____ тел. _____

15. Код категории льготы _____

16. Контроль посещений:

Даты посещений

Назначено явиться							
Явился(лась)							

Даты посещений							
Назначено явиться							
Явился(лась)							

17. Сведения об изменении диагноза

Дата	Формулировка диагноза	Код по МКБ-10	Ф.И.О. врача

18. Сопутствующие заболевания _____

19. Лечебно-профилактические мероприятия

№ п/п	Мероприятия	Дата начала	Дата окончания	Отметка о выполнении	Ф.И.О. врача

Диспансерное наблюдение взрослого населения

Диспансеризация взрослого населения проводится в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2012 года № 1344н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения».

Диспансерное наблюдение представляет собой динамическое наблюдение за состоянием здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных патологических состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц.

Диспансерное наблюдение осуществляется в отношении граждан, страдающих отдельными видами хронических неинфекционных и инфекционных заболеваний или имеющих высокий риск их развития, а также в отношении граждан, находящихся в восстановительном периоде после перенесенных тяжелых острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений).

**ПАСПОРТ ВРАЧЕБНОГО УЧАСТКА ГРАЖДАН,
ИМЕЮЩИХ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ НАБОРА СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ**
за ____ квартал 20__ г.

Ежеквартальная
(по состоянию на 1 число следующего
за отчетным кварталом месяца)

Ф.И.О. врача _____
Должность _____
№ участка _____

ф. № 030-13/у

Сведения врача-терапевта участкового, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача)										
№ п/п	Ф.И.О. пациента	Дата рождения	Номер полиса ОМС	СНИЛС	Код категории льготы	Наименование заболевания	Код по МКБ-10	Дата начала диспансерного наблюдения	Дата прекращения диспансерного наблюдения	Число посещений
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

продолжение ф. № 030-13/у

Сведения организационно-методического кабинета								
Лекарственное обеспечение			Стоимость лекарственного обеспечения	Санаторно-курортное лечение				Направлено на госпитализацию, медицинскую реабилитацию, обследование, консультацию
выписано		фактически получено (наименование лекарственного препарата, дозировка)		Выдано:			Возвращено обратных талонов санаторно-курортных карт	
наименование лекарственного препарата, дозировка	№ и серия рецепта			справок для получения путевки на санаторно-курортное лечение	из них на амбулаторное курортное лечение	санаторно-курортных карт		
12	13	14	15	16	17	18	19	20

Врач-терапевт участковый, врач-педиатр участковый, врач общей практики (семейный врач) _____
Ф.И.О. _____ подпись _____

Заведующий ОМК _____
Ф.И.О. _____ подпись _____

“ ____ ” _____ 20__ года

- Учетная форма N030-13/у «Паспорт врачебного участка граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг» заполняется врачом-терапевтом участковым, врачом-педиатром участковым, врачом общей практики.
- Паспорт заполняется на пациентов, которым оказана медицинская помощь в отчетном периоде.
- Если пациент несколько раз обращался по одному и тому же заболеванию, то сведения в Паспорте указываются одной строкой. В графе 11 проставляется число посещений суммарно по состоянию за весь отчетный период.
- Если пациент получал помощь по различным заболеваниям, то в Паспорте указываются данные по каждому заболеванию отдельной строкой.
- Графы с 12 по 20 заполняются в организационно-методическом кабинете медицинской организации.
- Графа 15 заполняется на основании информации аптечной организации.
- В графе 19 указывается количество возвращенных обратных талонов санаторно-курортных карт в соответствии с журналом учета обратных талонов санаторно-курортных карт.

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПРИКАЗ от 20 декабря 2012 г. N1177н**

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА
ДАЧИ ИНФОРМИРОВАННОГО
ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ НА МЕДИЦИНСКОЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВО И ОТКАЗА ОТ МЕДИЦИНСКОГО
ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ОТНОШЕНИИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ
ВИДОВ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ,
ФОРМ ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО
СОГЛАСИЯ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО И
ФОРМ ОТКАЗА ОТ МЕДИЦИНСКОГО
ВМЕШАТЕЛЬСТВА**

ПОРЯДОК ДАЧИ ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО И ОТКАЗА ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ОТНОШЕНИИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в [Перечень](#), и отказ от видов медицинских вмешательств, включенных в [Перечень](#), дается гражданином либо одним из родителей или иным законным представителем

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в [Перечень](#), оформляется после выбора медицинской организации и врача при первом обращении в медицинскую организацию за предоставлением первичной медико-санитарной помощи.

Перед оформлением информированного добровольного согласия предоставляется в доступной для него форме полная информация о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах видов медицинских вмешательств, включенных в [Перечень](#), о последствиях этих медицинских вмешательств, в том числе о вероятности развития осложнений, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Информированное добровольное согласие подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем и подшивается в медицинскую документацию пациента.

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств действительно в течение всего срока оказания первичной медико-санитарной помощи в выбранной медицинской организации.

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные 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

Я, _____ " ____ " _____ г. рождения,
(Ф.И.О. гражданина)

зарегистрированный по адресу: _____
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные 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. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - 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 _____
(должность, Ф.И.О. 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 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 [части 5 статьи 19](#) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 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)

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

" ____ " _____ г.
(дата оформления)

ПОРЯДОК ДАЧИ ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО И ОТКАЗА ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ОТНОШЕНИИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

При отказе от видов медицинских вмешательств, включенных в [Перечень](#), гражданину, одному из родителей или иному законному представителю в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа, в том числе вероятность развития осложнений заболевания.

Гражданин, один из родителей или иной законный представитель имеет право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в [Перечень](#).

Отказ от одного или нескольких видов вмешательств, оформляется по [форме](#), подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем, а также медицинским работником, оформившим такой отказ, и подшивается в медицинскую документацию пациента.

Отказ от 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

Я, _____ " ____ " _____ г. рождения,
(Ф.И.О. гражданина)

зарегистрированный по адресу: _____
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

при оказании мне 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. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - виды медицинских вмешательств):

_____ (наименование вида медицинского вмешательства)

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, 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 вид (такие виды) медицинского вмешательства.

_____ (подпись) _____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

_____ (подпись) _____ (Ф.И.О. медицинского работника)

"__" _____ г.

(дата оформления)

The background features a light gray color with a pattern of faint, semi-transparent chemical structures and hexagonal shapes. The structures consist of interconnected lines and dots, representing molecular frameworks. The hexagons are arranged in a grid-like pattern, some overlapping the chemical structures.

**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!**