ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ

АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ «ЦЕНТР ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ»

П Р И К А З

28 февраля 2022 г. № 100/1-пр

г. Ханты-Мансийск

Об информированном добровольном согласии
и отказе от медицинского вмешательства

Во исполнение статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации 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», приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2012 № 390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи», пункта 28 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», в том числе в целях обеспечения прав несовершеннолетних (от 14 до 18 лет) на заключение ими договоров на оказание платных медицинских услуг, пункта 606 санитарных правил и норм СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней», утвержденных постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 28.01.2021 № 4,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1 Форму информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство (приложение 1). Форма оформляется при оказании первичной

медико-санитарной помощи прикрепленному населению в рамках обязательного медицинского страхования;

1.2 Форму информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство при оказании специализированной медицинской помощи (приложение 2). Форма оформляется при госпитализации в профпатологическое отделение автономного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Центр профессиональной патологии»;

1.3 Форму информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство при получении медицинской помощи (приложение 3). Форма оформляется при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, за исключением категорий граждан, указанных в пункте 1.1 настоящего приказа;

1.4 Форму информированного добровольного согласия пациента на отдельные виды медицинских вмешательств при получении медицинской помощи (приложение 4). Форма оформляется при необходимости выполнения отдельных видов медицинских вмешательств, не указанных в формах информированного добровольного согласия, установленных пунктами 1.1 – 1.3 настоящего приказа;

1.5 Форму информированного добровольного согласия пациента на медицинское вмешательство при проведении обследования на ВИЧ-инфекцию (приложение 5). Форма оформляется при проведении добровольного медицинского освидетельствования на ВИЧ;

1.6 Форму информированного добровольного согласия пациента на медицинское вмешательство при получении медицинских услуг на платной основе (приложение 6). Форма оформляется во всех случаях оказания медицинской помощи на платной основе дополнительно к формам информированного добровольного согласия на медицинские вмешательства, установленным пунктами 1.1-1.5 настоящего приказа;

1.7 Форму согласия законных представителей несовершеннолетнего (от 14 до 18 лет) на заключение им договора на оказание платных медицинских услуг (приложение 7);

1.8 Форму информированного добровольного согласия пациента на медицинское вмешательство: забор биоматериала на новую коронавирусную инфекцию COVID-19 (приложение 8);

1.9 Форму информированного добровольного согласия пациента на медицинское вмешательство: забор биоматериала на новую коронавирусную инфекцию COVID-19 для лиц в возрасте не достигших 15 лет (приложение 9);

1.10 Форму отказа от видов медицинских вмешательств (Приложение 10). Форма оформляется при оказании первичной медико-санитарной помощи

прикрепленному населению в рамках обязательного медицинского страхования;

1.11 Форму отказа от медицинского вмешательства, включая отказ от госпитализации в профпатологическое отделение (приложение 11). Форма оформляется при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, за исключением категорий граждан, указанных в пунктах 1.1, 1.10 настоящего приказа;

1.12 Форму отказа от дачи согласия и подписания отказа от медицинского вмешательства (Приложение 12);

1.13 Форму информированного добровольного согласия на проведение профилактической прививки (Приложение 13);

1.14 Форму отказа от проведения профилактической прививки (Приложение 14).

2. Установить, что информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства оформляется:

2.1. при первом обращении за предоставлением первичной медико-санитарной помощи в автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Центр профессиональной патологии», согласно Перечня утвержденного приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2012 № 390н;

2.2. В иных случаях, не относящихся к пункту 2.1.

3. Информированное добровольное согласие оформляется в виде документа по форме, предусмотренной настоящим приказом, на бумажном носителе, подписывается гражданином (одним из родителей или иным законным представителем) и медицинским работником, либо формируется в форме электронного документа в медицинской информационной системе АУ «Югорский центр профессиональной патологии», подписывается гражданином с использованием графической подписи, а также медицинским работником с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи, и включается в медицинскую документацию пациента.

4. Заведующей консультативно-диагностической поликлиникой, заведующему консультативно-диагностической передвижной поликлиникой, заведующему консультативно-диагностической поликлиникой г. Сургут, заведующему профпатологическим отделением организовать оказание медицинской помощи с обязательным получением информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство (отказа от медицинского вмешательства), согласия на получение медицинских услуг на платной основе, согласия законных представителей несовершеннолетнего (от 14 до 18 лет) на заключение им договора на оказание платных медицинских услуг по формам, утвержденным

настоящим приказом, а также по форме приложения 8 (Информационное согласие на проведение профилактической прививки) к приказу автономного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Центр профессиональной патологии» от 01.10.2018 № 345-пр «Об организации иммунопрофилактики инфекционных заболеваний в АУ «Югорский центр профессиональной патологии»».

5. Информационно-аналитическому отделу обеспечить внесение необходимых изменений в медицинскую информационную систему АУ «Югорский центр профессиональной патологии».

6. Настоящий приказ вступает в силу с 01 марта 2022 года.

7. Признать утратившими силу с 01 марта 2022 года:

7.1. Приказ от 15.08.2019 № 351-пр «Об информированном добровольном согласии и отказе от медицинского вмешательства»;

7.2. Приказ от 03.02.2020 № 50-пр «О внесении изменений в приказ 15.08.2019 № 351-пр «Об информированном добровольном согласии и отказе от медицинского вмешательства»;

7.3. Приказ от 17.08.2021 №352-пр «О внесении изменений в приказ 15.08.2019 № 351-пр «Об информированном добровольном согласии и отказе от медицинского вмешательства»;

7.4. Приказ от 02.09.2021 №387-пр «О внесении изменений в приказ 15.08.2019 № 351-пр «Об информированном добровольном согласии и отказе от медицинского вмешательства».

8. Контроль исполнения настоящего приказа возложить на заместителя главного врача по медицинской части (Кабаргина Н.В.).

Главный врач

Документ подписан электронной подписью

Сертификат **0343FE6600CCADAA91455629C37A59C6EE**
Владелец **Ташланов Николай Владимирович**
Действителен с **25.10.2021** по **25.10.2022**

Н.В. Ташланов

Приложение 1 к приказу
АУ «Югорский центр профессиональной патологии»
от 28.02.2022 г. № 100/1-пр

Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество гражданина либо законного представителя – полностью)
«_____» _____ _____ г.р., зарегистрированный (-ая) по адресу:
_____
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:
Я являюсь законным представителем *(мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)* ребенка или лица, признанного недееспособным, в отношении: _____
_____
Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, дата рождения
Проживающего по адресу: _____
(в случае проживания НЕ по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на следующие 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 23.04.2012 № 390н (далее - Перечень):
- опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза;
- осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование;
- 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 электрокардиогафия, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных);
- рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования;
- введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно;
- медицинский массаж;
- лечебная физкультура в АУ «Югорский центр профессиональной патологии».

Я также даю свое информированное добровольное согласие на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинских ВУЗов и колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны и на использование информации о состоянии моего здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при моем обследовании и лечении, составляющих в соответствии со статьей 61 «Основ законодательства об охране здоровья граждан Российской Федерации врачебную тайну, для проведения научных исследований, публикации в научной литературе, использования этих сведений в учебном процессе (без указания имени и фамилии)».

Необходимость других методов обследования и лечения, не вошедших в Перечень, будет мне разъяснена дополнительно.

Для получения первичной медико-санитарной помощи/ получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь *(ненужное зачеркнуть),* в автономном учреждении Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Центр профессиональной патологии» медицинским работником 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, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 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:

_____

(Ф.И.О. полностью, телефон)

_____

(Ф.И.О. полностью, телефон)

_____ _____

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

_____ _____

(подпись) *(Ф.И.О. медицинского работника, должность медицинского работника)*

"____" _____ г.

(дата оформления)

Приложение 2 к приказу
АУ «Югорский центр профессиональной патологии»
от 28.02.2022 г. № 100/1-пр

Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства при оказании специализированной медицинской помощи

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество – полностью)
_____г.р., зарегистрированный (ая) по адресу: _____,
(адрес места жительства гражданина)

поставлен (а) в известность, что я госпитализирован (а) в Профпатологическое отделение автономного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Центр профессиональной патологии».

Медицинским работником _____
(ФИО, должность медицинского работника)

мне, согласно моей воле, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания.

Я ознакомлен (а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении, и обязуюсь их соблюдать.

Добровольно даю свое согласие на проведение мне в соответствии с назначениями врача диагностических исследований: анализа крови общего и биохимического, исследований крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы, анализа мочи общего, электрокардиографии; проведения рентгеновских, ультразвуковых и эндоскопических исследований и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, диагностических и лечебных пункций, физиотерапевтических процедур. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.

Я информирован (а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне делать во время их проведения.

Я извещен (а) о том, что мне необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств.

Я предупрежден (а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах.

Я сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я ознакомлен (а) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.

Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания, в том числе после смерти, моим родственникам, гражданам:

_____
(Ф.И.О. лица, которому может быть передана информация, контактный телефон)

_____
(Ф.И.О. лица, которому может быть передана информация, контактный телефон)

«___» _____ 20__ г. Подпись пациента _____

Расписался в моем присутствии:

Врач _____
(Должность, ФИО) *(подпись)*

Приложение 3 к приказу
АУ «Югорский центр профессиональной патологии»
от 28.02.2022 г. № 100/1-пр

Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства при получении медицинской помощи в АУ «Югорский центр профессиональной патологии»

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество – полностью)
"___" _____ _____г. рождения, зарегистрированный по адресу:

_____
(адрес места жительства гражданина)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:
Я являюсь законным представителем *(мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)* ребенка или лица, признанного недееспособным, в отношении:_____
_____,
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, дата рождения)
проживающего по адресу: _____.
(в случае проживания НЕ по месту жительства законного представителя)

в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю информированное добровольное согласие на проведение мне (лицу, представляемому мною) медицинских вмешательств, назначенных врачом в соответствии с планом обследования и лечения, из следующего перечня: опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование; 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 электрокардиогафия, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных); рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования; диагностические и лечебные пункции, физиотерапевтические процедуры, прием таблетированных препаратов, введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно; медицинский массаж; лечебная физкультура.

Необходимость других методов обследования и лечения, не вошедших в перечень, будет мне разъяснена дополнительно.

В автономном учреждении Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Центр профессиональной патологии» медицинским работником мне лично в доступной для меня форме даны полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной вопросы, об условиях, целях и методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных вариантах медицинских вмешательств, их последствиях, в том числе вероятности развития осложнений, а также предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Сведения о выбранных мной лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 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:
_____;
(Ф.И.О. лица, которому может быть передана информация, контактный телефон)
_____.
(Ф.И.О. лица, которому может быть передана информация, контактный телефон)

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать их прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

_____ _____

(подпись мед. работника) (Ф.И.О. медицинского работника, должность медицинского работника)

_____ _____

(подпись, ФИО пациента/ родителя или иного законного представителя)

«____» _____ _____ г.

(дата оформления)

Приложение 4 к приказу
АУ «Югорский центр профессиональной патологии»
от 28.02.2022 г. № 100/1-пр

Информированное добровольное согласие на отдельные виды медицинских вмешательств при получении медицинской помощи в АУ «Югорский центр профессиональной патологии»

Я, _____

(фамилия, имя, отчество – полностью)

"___" _____ _____г. рождения, зарегистрированный по адресу:

_____

(адрес места жительства гражданина)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:
Я являюсь законным представителем *(мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)* ребенка или лица, признанного недееспособным, в отношении: _____
_____,
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения)
Проживающего по адресу: _____.
(в случае проживания НЕ по месту жительства законного представителя)

в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю информированное добровольное согласие на проведение мне (лицу, представляемому мною) медицинских вмешательств, назначенных врачом в соответствии с планом обследования и лечения (*указать вид медицинского вмешательства*):
_____
_____
_____.

Мне лично в доступной для меня форме даны полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной вопросы в автономном учреждении Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Центр профессиональной патологии» медицинским работником об условиях, целях и методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных вариантах медицинских вмешательств, их последствиях, в том числе вероятности развития осложнений, а также предполагаемых результатах оказания медицинской помощи

Сведения о выбранных мной лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состояния лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

_____;
(Ф.И.О. лица, которому может быть передана информация, контактный телефон)

_____.
(Ф.И.О. лица, которому может быть передана информация, контактный телефон)

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать их прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

_____ _____
(подпись мед. работника) *(Ф.И.О. медицинского работника, должность медицинского работника)*

"_____" _____ г. _____
(дата оформления) *(подпись пациента/родителя или иного законного представителя)*

Приложение 5 к приказу
АУ «Югорский центр профессиональной патологии»
от 28.02.2022 г. № 100/1-пр

Информированное добровольное согласие на проведение обследования на ВИЧ-инфекцию

Я, _____
(фамилия, имя, отчество – полностью)
"___" _____ _____г. рождения, зарегистрированный по адресу:
_____
(адрес места жительства гражданина)
настоящим подтверждаю, что на основании предоставленной мне информации, свободно и без принуждения, отдавая отчет о последствиях обследования, принял решение пройти тестирование на антитела к ВИЧ в АУ «Югорский центр профессиональной патологии». Для этой цели я соглашаюсь сдать анализ крови.

Я подтверждаю, что мне разъяснено в автономном учреждении Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Центр профессиональной патологии» медицинским работником, почему важно пройти тестирование на ВИЧ, как проводится тест, и какие последствия может иметь тестирование на ВИЧ.

Я проинформирован о том, что:

- тестирование на ВИЧ проводится в Казенном учреждении Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Центр профилактики и борьбы со СПИД» (КУ «Центр СПИД») и других медицинских учреждениях. Тестирование по моему добровольному выбору может быть добровольным анонимным (без предъявления документов и указания имени) или конфиденциальным (при предъявлении паспорта, результат будет известен обследуемому и лечащему врачу). В государственных медицинских учреждениях тестирование на ВИЧ проводится бесплатно;
- доказательством наличия ВИЧ-инфекции является присутствие антител к ВИЧ в крови обследуемого лица. Вместе с тем, в период между заражением и появлением антител к ВИЧ (так называемое «серонегативное окно », обычно длится 3 месяца) при тестировании не обнаруживаются антитела к ВИЧ и обследуемое лицо может заразить других лиц;
- ВИЧ-инфекция передается только тремя путями:
- парентеральный – чаще всего при употреблении наркотиков, но может передаваться также при использовании нестерильного медицинского инструментария, переливания компонентов крови, нанесении татуировок, пирсинге зараженным инструментом, использовании чужих бритвенных и маникюрных принадлежностей;
- при сексуальных контактах без презерватива;
- от инфицированной ВИЧ матери к ребенку во время беременности, родов и при грудном вскармливании.

Результаты исследования по телефону, электронной почте, путем СМС-информирования не сообщаются. Я осведомлен(а), что в случае необходимости, сотрудники АУ «Югорский центр профессиональной патологии» вправе передать образец моего биологического материала (кровь и др.) в КУ «Центр СПИД». В этом случае результаты сообщает пациенту специалист КУ «Центр СПИД» при после тестовом консультировании.

Сведения о выбранных мной лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья, в том числе после смерти:

_____;
(Ф.И.О. лица, которому может быть передана информация, контактный телефон)
_____.
(Ф.И.О. лица, которому может быть передана информация, контактный телефон)

_____ _____
(подпись медицинского работника) *(Ф.И.О. медицинского работника, должность медицинского работника)*

"____" _____ г. _____
(дата оформления) *(подпись обследуемого на ВИЧ)*

Приложение 6 к приказу
АУ «Югорский центр профессиональной патологии»
от 28.02.2022 г. № 100/1-пр

Информированное добровольное согласие пациента
на получение медицинских услуг на платной основе
в АУ «Югорский центр профессиональной патологии»

Я, _____
(фамилия, имя, отчество – полностью)
"___" _____ _____г. рождения, зарегистрированный по адресу:
_____
(адрес места жительства гражданина)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:
Я являюсь законным представителем *(мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)* ребенка или лица, признанного недееспособным, в отношении: _____
_____,
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения)
проживающего по адресу: _____,
(в случае проживания НЕ по месту жительства законного представителя)

согласна (согласен) с предложенным планом обследования и лечения и даю информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства для получения медицинской помощи в АУ «Югорский центр профессиональной патологии», включенные в план обследования и лечения, на платной основе в рамках договора об оказании платных медицинских услуг № _____ от «___» _____20__г., в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», пунктом 28 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 04.10. 2012 № 1006.

Мне разъяснено и понятно мое право на получение бесплатной медицинской помощи, в том числе схожих медицинских услуг, в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Я получил информацию о Перечне медицинских организаций, оказывающих аналогичные медицинские услуги на бесплатной основе, в том числе в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Я ознакомлен(а) с перечнем, стоимостью, сроками и условиями оказания и порядком оплаты медицинских услуг, предоставляемых в АУ «Югорский центр профессиональной патологии», и я согласен(согласна) оплатить стоимость оказанных медицинских услуг в соответствии с действующим прейскурантом.

Мне разъяснено, что я могу получить как одну услугу, так и несколько видов услуг на платной основе. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с лечащим врачом (специалистом) выбраны виды платных медицинских услуг, которые я хочу получить в АУ «Югорский центр профессиональной патологии».

Я уведомлен (а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников АУ «Югорский центр профессиональной патологии», оказывающих мне платные медицинские услуги, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемых мне платных медицинских услуг, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Настоящее информированное добровольное согласие подписано мною после проведения предварительной беседы в автономном учреждении Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Центр профессиональной патологии» медицинским работником.

Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия на оказание медицинских услуг на платной основе мною прочитан, мне понятно содержание и назначение данного документа, разъяснения предоставлены мне в доступной форме и меня удовлетворяют.

Пациент: _____

Паспорт серия: _____ номер: _____, выдан «___» _____г.,

(*кем выдан)* _____.

Родитель или иной законный представитель: _____
_____,
Паспорт серия: _____ номер: _____, выдан «___» _____г.
(кем выдан) _____.

_____ _____
(подпись мед. работника) *(Ф.И.О. медицинского работника, должность медицинского работника)*

"____" _____ г. _____
(дата оформления) *(подпись пациента/родителя или иного законного представителя)*

Приложение 7 к приказу
АУ «Югорский центр профессиональной патологии»
от 28.02.2022 г. № 100/1-пр

Согласие законного представителя несовершеннолетнего (от 14 до 18 лет)
на заключение им договора на оказание платных медицинских услуг

В соответствии с требованиями пункта 1 статьи 26 Гражданского кодекса РФ
Я _____
(указать Ф.И.О. представителя (родителя, усыновителя, попечителя))

Паспорт: серии _____№ _____, выдан _____
_____
_____

являясь законным представителем (отец, мать, усыновитель, опекун, попечитель - **нужное подчеркнуть)**, _____
_____,
(ФИО ребенка, год рождения)
Паспорт: серии _____№ _____, выдан _____
_____
_____
зарегистрированного(-ой) по адресу: _____
_____,

на основании (свидетельства о рождении, свидетельства об усыновлении, документа об опекунстве и попечительстве из органов местного самоуправления - **нужное подчеркнуть**),

даю свое согласие на заключение (подписание) несовершеннолетним Пациентом

_____
(ФИО ребенка)
договора возмездного оказания медицинских услуг с Автономным учреждением Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Центр профессиональной патологии» (далее – Договор, Учреждение), а также на оплату предоставляемых по Договору медицинских услуг, либо обязуюсь оплатить оказанные услуги лично (средствами законного представителя). Я осознаю финансовую ответственность законного представителя по обязательствам несовершеннолетнего, возникшим вследствие совершенных им сделок. Ставя свою подпись, я подтверждаю, что принимаю на себя обязательства отвечать перед Учреждением за исполнение Пациентом всех его обязательств по Договору в том же объеме, как и Пациент, включая погашение задолженности перед Учреждением, уплату неустойки, возмещение судебных издержек по взысканию долга и других расходов Учреждения, вызванных неисполнением или ненадлежащим исполнением Пациентом своих обязательств по Договору.

Настоящее согласие действует в течение ____ месяцев, бессрочно (нужное подчеркнуть).

Подпись родителя/законного представителя /_____/

Дата «___» _____20___г.

Приложение 8 к приказу
АУ «Югорский центр профессиональной патологии»
от 28.02.2022 г. № 100/1-пр

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
забор биоматериала на новую коронавирусную инфекцию диагностики COVID-19

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

«__» _____ г. рождения, зарегистрированный (ая) по адресу:

_____
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

в соответствии со ст. 20, 22 ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю информированное добровольное согласие на забор биоматериала на новую коронавирусную инфекцию COVID-19:

В автономном учреждении Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Центр профессиональной патологии»_____
_____

Медицинским работником в автономного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Центр профессиональной патологии» в доступной для меня форме разъяснены цели, метод проведения медицинского вмешательства, связанный с ним риск, последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты проведения медицинского вмешательства.

Я проинформирован(а), что забор материала будет осуществлять медицинский работник автономного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Центр профессиональной патологии», обученный требованиям и правилам биологической безопасности при работе с материалом определенной группы патогенности.

Решение подвергнуться проведению настоящей диагностической процедуре является моим собственным, оно было принято без принуждения или навязывания чьей-либо воли или мысли.

Я сообщил(а) достоверные сведения о наличии у меня сопутствующих заболеваний и операций, перенесенных ранее, перечислил(а) все жалобы и особые реакции на лекарственные препараты.

Я предупрежден о том, что при выявлении у меня положительного результата исследования на коронавирусную инфекцию, сотрудниками автономного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Центр профессиональной патологии» будет направлено экстренное извещение в Управление Роспотребнадзора по Ханты-Мансийскому автономному округу – Югре (ФЗ от 30.03.1999 № 52 «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», п.12.1 Санитарно-эпидемиологических правил 3.1/3.2.3146-13 «Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных болезней», постановление Правительства России от 31.01.2020 № 66 «О внесении изменений в перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих»).

Я уведомлен(а), что в соответствии с п. 2 ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» каждый имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также на получение платных медицинских услуг и иных услуг, в том числе согласно договору добровольного медицинского страхования.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья, в том числе после смерти:

_____
(Ф.И.О. лица, которому может быть передана информация, контактный телефон)

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать их прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

«__» _____ _____ _____
(дата заполнения) (подпись гражданина) (Ф.И.О. гражданина)

«__» _____ _____ _____
(дата оформления) (подпись, Ф.И.О. медицинского работника, должность медицинского работника)

Приложение 9 к приказу
АУ «Югорский центр профессиональной патологии»
от 28.02.2022 г. № 100/1-пр

Информированное добровольное согласие законного представителя несовершеннолетнего на медицинское вмешательство забор биоматериала на новую коронавирусную инфекцию COVID-19

Я _____

(указать Ф.И.О. представителя (родителя, усыновителя, опекуна, попечителя))

Паспорт: серии _____№ _____, выдан _____

_____

зарегистрированный(ая) по адресу: _____,

являясь законным представителем (отец, мать, усыновитель, опекун, попечитель - **нужное подчеркнуть**) ребенка или лица, не достигшего возраста 15 лет, или признанного недееспособным в отношении:

_____

_____

(ФИО ребенка полностью, дата рождения)

на основании (свидетельства о рождении, свидетельства об усыновлении, документа об опекунстве и попечительстве из органов местного самоуправления - **нужное подчеркнуть**), в соответствии со ст. 20, 22 ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю информированное добровольное согласие на забор биоматериала на новую коронавирусную инфекцию.

Медицинским работником автономного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Центр профессиональной патологии» в доступной для меня форме разъяснены цели, метод проведения медицинского вмешательства, связанный с ним риск, последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты проведения медицинского вмешательства.

Я проинформирован(а), что забор материала у ребенка или лица, не достигшего возраста 15 лет, или признанного недееспособным будет осуществлять медицинский работник автономного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Центр профессиональной патологии», обученный требованиям и правилам биологической безопасности при работе с материалом определенной группы патогенности.

Решение подвергнуться проведению настоящей диагностической процедуре было принято без принуждения или навязывания чьей-либо воли или мысли.

Я сообщил(а) достоверные сведения о наличии у ребенка или лица, признанного недееспособным сопутствующих заболеваний и операций, перенесенных ранее, перечислил(а) все жалобы и особые реакции на лекарственные препараты.

Я предупрежден(а) о том, что при выявлении у ребенка или лица, не достигшего возраста 15 лет, или признанного недееспособным положительного результата исследования на коронавирусную инфекцию, сотрудниками автономного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Центр профессиональной патологии» будет направлено экстренное извещение в Управление Роспотребнадзора по Ханты-Мансийскому автономному округу – Югре (ФЗ от 30.03.1999 № 52 «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», п.12.1 Санитарно-эпидемиологических правил 3.1/3.2.3146-13 «Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных болезней», постановление Правительства России от 31.01.2020 № 66 «О внесении изменений в перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих»).

Я уведомлен(а), что в соответствии с п. 2 ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» каждый имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также на получение платных медицинских услуг и иных услуг, в том числе согласно договору добровольного медицинского страхования.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать их прекращения ребенку или лицу, не достигшего возраста 15 лет, или признанного недееспособным, за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

«__» _____ _____ _____

(дата заполнения) (подпись гражданинаили законного представителя гражданина) (Ф.И.О. гражданина)

«__» _____ _____ _____

(дата оформления) (подпись, Ф.И.О. медицинского работника, *должность медицинского работника*)

Приложение 10 к приказу
АУ «Югорский центр профессиональной патологии»
от 28.02.2022 г. № 100/1-пр

Отказ от видов медицинских вмешательств

Я, _____
(фамилия, имя, отчество – полностью)
"__" _____ года рождения, зарегистрированный по адресу: _____
_____
(адрес места жительства гражданина)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:
Я являюсь законным представителем *(мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)* ребенка или лица, признанного недееспособным, в отношении: _____
_____,
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения)
проживающего по адресу: _____,
(*в случае проживания НЕ по месту жительства законного представителя)*

при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в автономном учреждении Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Центр профессиональной патологии» 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 23.04.2012 № 390н (далее - виды медицинских вмешательств):
_____
_____
_____
(наименование видов медицинских вмешательств)

Медицинским работником в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния)
_____
_____
_____
_____
_____
_____
(указываются 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, должность медицинского работника)*

"__" _____ г.
(дата оформления)

Приложение 11 к приказу
АУ «Югорский центр профессиональной патологии»
от 28.02.2022 г. № 100/1-пр

Отказ от медицинского вмешательства

Я, _____
(фамилия, имя, отчество – полностью)
"__" _____ года рождения, зарегистрированный по адресу: _____
_____
(адрес места жительства гражданина)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:
Я являюсь законным представителем *(мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)* ребенка или лица, признанного недееспособным, в отношении: _____
_____,
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения)
проживающего по адресу: _____,
(*в случае проживания НЕ по месту жительства законного представителя)*

настоящим отказываюсь от медицинского вмешательства при получении медицинской помощи в автономном учреждении Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Центр профессиональной патологии» в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»:
_____
_____
_____
_____
_____
_____.
(указать виды медицинских вмешательств)

Мне лично в доступной для меня форме разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния).

_____
_____
_____
_____
_____.
(указываются 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 мед. работника) *(Ф.И.О. медицинского работника, должность медицинского работника)*

. _____
(подпись гражданина/родителя или иного законного представителя)

"____" _____ г
(*дата оформления)*

Приложение 12 к приказу
АУ «Югорский центр профессиональной патологии»
от 28.02.2022 г. № 100/1-пр

Отказ от дачи согласия и подписания отказа от медицинского вмешательства

Пациенту _____ в доступной форме разъяснены
(Ф.И.О)
возможные последствия отказа от медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния) в виде _____
_____.
(возможные последствия, осложнения)
От подписи бланка «Отказ от медицинского вмешательства» отказался (отказалась):

Консилиум врачей в составе:

Должность, Ф.И.О. и подпись _____
Должность, Ф.И.О. и подпись _____
Должность, Ф.И.О. и подпись _____

Дополнительная информация:
_____
_____

"____" _____ 20__ года

Приложение 13 к приказу
АУ «Югорский центр профессиональной патологии»
от 28.02.2022 г. № 100/1-пр

Информированное добровольное согласие на проведение профилактической прививки в АУ «Югорский центр профессиональной патологии»

Я, _____
(фамилия, имя, отчество – полностью)
"___" _____ _____г. рождения, зарегистрированный по адресу:
_____
(адрес места жительства гражданина)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я являюсь законным представителем *(мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)* ребенка или лица, признанного недееспособным, в отношении: _____
_____,
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения)
Проживающего по адресу: _____.
(в случае проживания НЕ по месту жительства законного представителя)

в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю информированное добровольное согласие на проведение мне (лицу, представляемому мною) профилактической прививки (*указать название профилактической прививки*):
_____.
Наличие беременности (графа заполняется лицами женского пола) _____.
(указывается да/нет)

Мне лично, в доступной для меня форме даны полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной вопросы в автономном учреждении Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Центр профессиональной патологии» медицинским работником о характере предстоящей прививки, возможном развитии неприятных ощущений и реакции на прививку, а также неблагоприятных последствиях в поствакцинальном периоде (общее недомогание и повышение температуры тела, болезненность, покраснение и отечность в месте инъекции, аллергические реакции).

Я предупрежден (а) о последствиях отказа от проведения профилактической прививки: в соответствии с пунктом 2 статьи 5 Федерального закона от 17 сентября 1998 года, №157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» отсутствие профилактических прививок влечет:

- запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых, в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок;
- временный отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;
- отказ в приеме граждан на работу или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями.

Сведения о выбранных мной лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состояния лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:
_____;
(Ф.И.О. лица, которому может быть передана информация, контактный телефон)
_____.
(Ф.И.О. лица, которому может быть передана информация, контактный телефон)

"____" _____ г. _____
(дата оформления) *(подпись пациента/родителя или иного законного представителя)*

_"____" _____ г . _____ _____
(дата проведения вакцинации) *(Ф.И.О. медицинского работника, должность медицинского работника, выполнившего вакцинацию)*

Приложение 14 к приказу
АУ «Югорский центр профессиональной патологии»
от 28.02.2022 г. № 100/1-пр

Отказ от проведения профилактической прививки
в АУ «Югорский центр профессиональной патологии»

Я, _____
(фамилия, имя, отчество – полностью)
"__" _____ года рождения, зарегистрированный по адресу: _____
_____
(адрес места жительства гражданина)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:
Я являюсь законным представителем *(мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)* ребенка или лица, признанного недееспособным, в отношении: _____
_____,
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения)
проживающего по адресу: _____,
(*в случае проживания НЕ по месту жительства законного представителя)*

настоящим отказываюсь от поведения профилактической прививки в автономном учреждении Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Центр профессиональной патологии» в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»:
_____
_____.
(указать название профилактической прививки)

Мне лично в доступной для меня форме, медицинским работником, разъяснены возможные последствия отказа от проведения профилактической прививки, в том числе вероятность развития заболевания.
_____
_____
(указываются возможные последствия отказа от профилактической прививки, в том числе вероятность развития заболевания)

Я предупрежден (а) о последствиях отказа от проведения профилактической прививки: в соответствии с пунктом 2 статьи 5 Федерального закона от 17 сентября 1998 года, №157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» отсутствие профилактических прививок влечет:

- запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых, в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок;
- временный отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;
- отказ в приеме граждан на работу или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями.

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в проведении профилактической прививки, в отношении которой оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на проведение профилактической прививки.

_____ _____
(подпись мед. работника) *(Ф.И.О. медицинского работника, должность медицинского работника)*

"____" _____ г. _____
(дата оформления) *(подпись пациента/родителя или иного законного представителя)*