



Наименование структурного подразделения:	ГКП на ПХВ «Ленгерская Городская поликлиника»		
Названия документа:	СОП «Правила получения информированного согласия на проведение инвазивных, лечебных и диагностических процедур»		
Утвержден:	Руководитель ГКП на ПХВ «ЛГП» Чалкаров А.Б.		
Дата утверждения:			
Разработчик:	Должность	Ф.И.О.	Подпись
	Заместитель гл.врача по лечебному делу	Анаркулова У.О.	
	Заведующий отделением	Садыков Г.Б.	
Согласовано:	Заместитель гл.врача по ОМД	Кабылбеков Г.К.	
	Заместитель гл.врача по контролю качества мед.услуг	Рысбаев С.Т.	
	Врач эксперт		
Дата согласования:	04.01.2024г.		
Дата введения в действие	04.01.2024г.		
Версия №	Копия № _____	_____/_____/2024г. Ф.И.О. _____ Подпись _____	

Дата последнего пересмотра « 04 » « 01 » 2024г

Дата следующего пересмотра « _____ » « _____ » 2027г



Правила получения информированного согласия на проведение инвазивных, лечебных и диагностических процедур

1. Цель: Обеспечение соблюдения прав пациента при получении информированного согласия пациента на оказание помощи в медицинской организации

2. Область применения: Все клинические (стационарные и амбулаторные), лабораторные и диагностические отделения

3. Ответственность:

1) Выполнение Правил обязательно всеми сотрудниками Больницы, которые берут (или должны взять) у пациента письменное информированное согласие на предлагаемую процедуру или метод лечения и диагностики;

2) Пациент (доверенное лицо), принявший решение отказаться от диагностики и лечения, и подписавший форму «Информированный отказ от осмотра и лечения» несет ответственность за жизнь и безопасность пациента;

3) Больница не несет ответственности за принятое пациентом (доверенным лицом) решение, если врач информировал пациента (доверенное лицо) о возможных рисках и осложнениях, и пациентом (доверенным лицом) подписан «Информированный отказ от осмотра и лечения».

4. Определения:

Информированное согласие – это документ, который подписывается пациентом после объяснения врачом преимуществ, альтернатив и рисков предлагаемой процедуры или метода лечения и диагностики и гарантирует добровольное согласие пациента на указанную процедуру или метод лечения и диагностики.

Инвазивные вмешательства – это методы диагностики и лечения с помощью операций и манипуляций, осуществляемых путем проникновения во внутреннюю среду организма человека.

Хирургическое вмешательство, хирургическая помощь, оперативное вмешательство или операция – это проведение инвазивной лечебно-диагностической процедуры, которая подразумевает разрез, надрез, удаление, изменение, или введение лечебно-диагностических инструментов в организм человека.

Процедуры высокого риска – это процедуры и методы лечения и диагностики, определяемые Больницей, проведение которых имеет риски для здоровья пациентов и перед проведением которых пациент должен дать письменное информированное согласие.

5. Ресурсы: Бланки форм информированных согласий (см. Приложение 1).

6. Документирование: Формы информированных согласий.



7. Описание Правил.

7.1. Процедура получения информированного согласия пациента:

1) Сотрудники Больницы поддерживают права пациента и семьи на участие в процессе лечения через получение информированного согласия пациента.

2) Перед взятием информированного согласия, врач устно или через памятки дает пациенту содержательную информацию о:

- предполагаемом лечении: метод, тактика, объем;
- возможных исходах, рисках, осложнениях;
- возможных финансовых расходах;
- доступных альтернативных методах;
- риске для здоровья при отказе от предложенного лечения/процедуры;
- праве обратиться за альтернативным мнением к другому врачу.

3) Информированное добровольное согласие на стационарное лечение (см. Приложение 3) берется в письменной форме в Приемном отделении Больницы при оформлении медицинской карты стационарного больного;

4) Информированное согласие на все виды медицинских вмешательств берется в письменной форме врачом, который будет оказывать медицинскую помощь/проводить манипуляцию, подписанная пациентом и врачом форма информированного согласия подшивается в медицинскую карту стационарного больного.

5) В форме информированного согласия пациентом/законным представителем собственноручно указываются ФИО и дата рождения пациента, дата и время получения информированного согласия и подпись пациента/законного представителя, также врачом указываются дата и время подписания информированного согласия и ставится подпись.

6) Пациент информируется о том, что Общее информированное согласие на стационарное лечение не покрывает случаи, когда требуется взять специальное информированное согласие.

7) Если невозможно получить согласие письменно, согласие берется по телефону у члена семьи/законного представителя (в форме согласия врач пишет, что согласие взято по телефону и указывает у кого взято согласие);

8) Если не получилось дозвониться до члена семьи/законного представителя, **не менее двух врачей** совместно принимают решение и подписывают согласие (в форме согласия пишется, что были сделаны попытки дозвониться);

9) Информация должна быть предоставлена в доступной для пациента (или его законного представителя) форме, устно или письменно (памятки);

10) Врач берет информированное согласие в пределах компетентности.

7.2. Отказ от осмотра и лечения:



- 1) Пациенты информируются о правах и обязанностях при отказе от лечения или прекращении лечения.
- 2) Пациент и члены семьи имеют право обратиться за сторонним мнением без страха изменения отношения со стороны персонала.
- 3) Пациенты информируются о последствиях своего решения, о возможных альтернативных методах лечения;
- 4) При отказе пациента (или законного представителя, члена семьи) от лечения пациента против рекомендаций врача; отказе от процедуры или предложенного лечения против рекомендации врача, прерывании запланированного курса лечения (отпуск домой) против или с согласия врача, врач информирует пациента или законного представителя о возможных последствиях, в т.ч. негативных последствиях для здоровья пациента и о показаниях для немедленного обращения за медицинской помощью. Пациент/законный представитель решение документирует в форме «Информированный отказ от осмотра и лечения» (см. Приложение 4).

8. Ссылки:

- 1) Конституция Республики Казахстан *(принята на республиканском референдуме 30 августа 1995 года) (с изменениями и дополнениями по состоянию на 10.03.2017 г.)* (Статья 29);
- 2) Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года № 193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 04.07.2018 г.);
- 3) Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 октября 2012 года №676 «Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций» (с изменениями и дополнениями от 5 июня 2018 года), Приложение 2. Глава 4: Лечение и уход за пациентом, Параграф 2: Права пациента. 66. Информированное добровольное согласие пациента на медицинские услуги; 67. Специальное информированное добровольное согласие пациента; 68. Отказ от лечения;
- 4) Стандарты аккредитации Международной объединенной комиссии (Joint Commission International Accreditation Standards for Hospital – 6th Edition) для больниц, 6-е издание, Глава 3: Права пациента и семьи, 2017г., США.
- 5) Vahdat S, et al. Patient involvement in health care decision making: A review. Iran



Приложение 1

Перечень случаев, требующих информированного согласия пациента
ПРИМЕР

№	Название	Кому выдается
1	Общее информированное согласие пациента на стационарное лечение в Больнице	100% стационарным в приемном отделении
2	Информированное согласие на проведение анестезиологического пособия	По необходимости анестезиологом
3	Информированное согласие для родственников/ опекунов/ законных представителей пациента, поступившего в тяжелом состоянии	По необходимости в приемном отделении
4	Информированное согласие пациента на оперативное лечение	По необходимости
5	Информированное согласие на проведение инвазивного вмешательства*	По необходимости
6	Информированный добровольный отказ от осмотра и лечения	По необходимости
7	Информированное согласие на обследование на ВИЧ	По необходимости
8	Информированное согласие пациента на переливание компонентов донорской крови (или решение консилиума)	По необходимости
9	Информированное согласие пациента на аппаратную реинфузию эритроцитов	По необходимости
10	Информированное согласие на участие в научных исследованиях	По необходимости
11	Информированное согласие о неразглашении конфиденциальной информации о пациентах	По необходимости курсантам (не для пациента)

*Список операций и инвазивных процедур, требующих информированного согласия см. в Приложении 2

Приложение 2

ИНВАЗИВНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ ВЫСОКОГО РИСКА

Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа



(требуется информированное согласие)

ПРИМЕР

№	Название процедуры	Анес т. ¹	Марк . ²	Тай м-аут ³	Мониторинг состояния пациента и документация
1.	Первичная хирургическая обработка раны	+/- ⁴	- ⁵	+ ⁶	<u>До начала процедуры:</u> оценка состояния врачом; <u>В течение:</u> оценка состояния врачом; <u>После:</u> оценка состояния врачом, признаки местного кровотечения
2.	Лапароцентез	+	+	+	<u>До начала:</u> АД, Ps, ЧД, t, SpO ₂ <u>В течение:</u> оценка состояния врачом; <u>После:</u> по указанию врача средний медперсонал следит за состоянием
3.	Лапароскопия	+	+	+	<u>До начала:</u> АД, Ps, ЧД, t, SpO ₂ <u>В течение:</u> оценка состояния врачом; <u>После:</u> по указанию врача средний медперсонал следит за состоянием
4.	Интубация трахеи (при переинтубации)	+	-	+	<u>До начала:</u> АД, Ps, ЧД, t, SpO ₂ уровень сознания. <u>После:</u> аускультация легких, АД, Ps, SpO ₂
5.	Пункция плевральной полости	-	+	+	<u>До начала:</u> АД, Ps, ЧД, t, SpO ₂ <u>После:</u> по указанию врача средний медперсонал следит за состоянием
6.	Люмбальная пункция	+/-	+	+	<u>До начала:</u> АД, Ps, t. <u>В течение:</u> оценка состояния врачом (получение ликвора) <u>После:</u> АД, Ps

¹ необходимо анестезиологическое пособие

² необходима маркировка места

³ необходим документированный тайм-аут

⁴ возможно (определяется врачом)

⁵ не требуется

⁶ требуется



7.	Люмбальная пункция с катетеризацией эпидурального пространства	+/-	+	+	<u>До начала процедуры:</u> АД, Ps, t. <u>В течение процедуры:</u> оценка состояния врачом (получение ликвора) <u>После окончания процедуры:</u> АД, Ps, t
8.	Чрезкожная пункция «ликворной подушки» - подапоневротического скопления cerebro-спинальной жидкости	+/-	-	-	<u>До начала:</u> АД, Ps, t, ЧД <u>В течение:</u> оценка состояния врачом (получение ликвора) <u>После:</u> АД, Ps, t, ЧД
9.	Перидуральная блокада	+	-	+	<u>До начала:</u> оценка состояния врачом. <u>В течение:</u> оценка состояния врачом. <u>После:</u> оценка состояния врачом
Эндоскопические исследования					
10.	ФГДС, бронхоскопия	+	-	+	<u>До начала:</u> АД, Ps, t, ЧД <u>В течение:</u> оценка состояния врачом; <u>После:</u> по указанию врача оценка м/с
Офтальмолог					
11.	Парабульбарная инъекция	-	+	+	<u>До начала:</u> АД, Ps, t. <u>В течение процедуры:</u> оценка врачом; <u>После проведения процедуры:</u> АД, Ps
12.	Субконъюнктивальная инъекция	+	+	+	<u>До начала:</u> АД, Ps, t. <u>В течение:</u> оценка врачом; <u>После:</u> АД, Ps
13.	Ретробульбарная инъекция	-	+	+	<u>До начала процедуры:</u> АД, Ps, t. <u>В течение процедуры:</u> оценка врачом;



					После проведения процедуры: АД, Ps
Лор-врач					
14.	Трахеостомия	+	+	+	<p><u>До начала:</u> однократно ЧД, АД, Ps, t, SpO₂ по монитору без документации.</p> <p><u>В течение:</u> однократно аускультация легких; ЧД, АД, Ps, t, SpO₂ по монитору без документации.</p> <p>При отсутствии монитора в протоколе трахеотомии указать ЧД, АД, Ps, t.</p>
15.	Пункция гайморовой пазухи	+	-	+	<p><u>До начала:</u> АД пациентам с гипертензией</p> <p><u>В течение процедуры:</u> опрос (головокружение, ощущения)</p> <p><u>После:</u> опрос (головокружение, ощущения), АД пациентам с гипертензией</p>
16.	Пункция лобной пазухи	+	+	+	<p><u>До начала:</u> АД пациентам с гипертензией</p> <p><u>В течение процедуры:</u> опрос (головокружение, ощущения)</p> <p><u>После:</u> опрос (головокружение, ощущения), АД пациентам с гипертензией</p>
17.	Вскрытие фурункула лор-органов	+	-	+	<p><u>До начала, в течение:</u> оценка состояния врачом;</p> <p><u>После:</u> опрос (головокружение, ощущения), запрещается сразу вставать</p>
18.	Вскрытие гематом лор-органов	+	-	+	<p><u>До начала, в течение:</u> оценка состояния врачом;</p> <p><u>После:</u> опрос (головокружение, ощущения), запрещается сразу вставать</p>



19.	Вскрытие паратонзиллярных абсцессов	+	-	+	<u>До начала, в течение:</u> оценка состояния врачом; <u>После:</u> опрос (головокружение, ощущения), запрещается сразу вставать
20.	Парацентез барабанной перепонки	+	-	+	<u>До начала, в течение:</u> оценка состояния врачом; <u>После:</u> опрос (головокружение, ощущения), запрещается сразу вставать
21.	Удаление грануляции и полипов из барабанной полости	+	-	+	<u>До начала, в течение:</u> оценка состояния врачом; <u>После:</u> опрос (головокружение, ощущения), запрещается сразу вставать
Радиологические инвазивные исследования					
22.	КТ и МРТ с введением контрастного вещества	+/-	-	-	<u>До начала:</u> оценка врачом общего состояния (с учетом уровня креатинина) <u>В течение:</u> оценка состояния врачом <u>После:</u> оценка состояния врачом

ОПЕРАЦИИ ПРИМЕР

№	Название операции	Анест	Марк	Тай м-аут	Мониторинг состояния пациента и документация
1	Операции на головном мозге	+	+	+	<u>До начала:</u> ЧД, АД, Ps, t, SpO ₂ (преиндукционный осмотр анестезиолога) <u>В течение:</u> ЧД, АД, Ps, t, SpO ₂ каждые 10 мин. (карта операционного периода) <u>После:</u> записи в палате пробуждения/ОАРИТ по формам




2	Все эндоваскулярные операции	+	-	+	<u>До начала:</u> ЧД, АД, Ps, t, SpO ₂ (преиндукционный осмотр анестезиолога) <u>В течение:</u> ЧД, АД, Ps, t, SpO ₂ каждые 10 мин. (карта операционного периода) <u>После:</u> записи в палате пробуждения/ОАРИТ по формам
3	Операции на спинном мозге	+	+	+	<u>До начала:</u> ЧД, АД, Ps, t, SpO ₂ (преиндукционный осмотр анестезиолога) <u>В течение:</u> ЧД, АД, Ps, t, SpO ₂ каждые 10 мин. (карта операционного периода) <u>После:</u> записи в палате пробуждения/ОАРИТ по формам
4	Операции на опорно-двигательной системе	+	+	+	<u>До начала:</u> ЧД, АД, Ps, t, SpO ₂ (преиндукционный осмотр анестезиолога) <u>В течение:</u> ЧД, АД, Ps, t, SpO ₂ каждые 10 мин. (карта операционного периода) <u>После:</u> записи в палате пробуждения/ОАРИТ по формам

Приложение 3

Общее информированное согласие пациента на стационарное лечение в
(название медицинской организации)

ПРИМЕР

 Пациент: _____
(Ф.И.О. пациента – полностью)

Дата рождения: ____/____/____ (число, месяц, год рождения)

Даю свое согласие (подчеркнуть): себе / ребенку / родственнику / подопечному на госпитализацию, обследование и лечение в (название медицинской организации) (далее – Больница).

Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа



1. Я информирован(а) о своем состоянии (состоянии ребенка, родственника, подопечного), о необходимости госпитализации, обследования и лечения.
2. Я уведомлен о том, что дополнительные услуги, лекарственные средства и изделия медицинского назначения сверх гарантированного объема медицинской помощи государством предоставляются за счет собственных средств, добровольного страхования или иных незапрещенных источников.
3. Мне в доступной форме разъяснена цель госпитализации и альтернативные методы обследования и лечения, а также возможные последствия моего отказа от обследования, лечения и госпитализации.
4. Я знаю о праве обратиться к другому врачу/ в другую организацию для получения альтернативного мнения о диагнозе и лечении.
5. Я знаю о праве отказаться от госпитализации, от пребывания в стационаре, обследования и лечения при информировании меня о рисках для здоровья и подписании мной письменного отказа от предложенных вмешательств.
6. Я даю добровольное согласие на проведение в Больнице, в случае назначения врачом, следующих процедур и манипуляций:
 - введение лекарственных средств (прием внутрь, подкожные, внутримышечные и внутривенные инъекции, внутривенные вливания, ингаляции и т.д.);
 - все виды лучевой диагностики (рентгенологические исследования, томографии и т.д.);
 - проведение физиотерапевтических процедур (прогревание, массаж и т.д.);
 - наложение различного рода повязок
7. Я знаю о том, что мое лечение в Больнице координируется моим лечащим врачом.
8. Я знаю, что в моих интересах **сообщить врачу** обо всех имеющихся у меня (ребенка, родственника, подопечного) и известных мне проблемах со здоровьем, аллергиях, непереносимости лекарств, о наличии в прошлом или в настоящее время инфекционного гепатита, туберкулеза, венерических заболеваний (в том числе сифилиса и ВИЧ-инфекции), а также о злоупотреблении алкоголем и/или пристрастии к наркотическим препаратам.
9. Я сообщаю о том, что у меня (ребенка, родственника, подопечного):

Нет аллергии

Есть

аллергия

на:

_____.
(указать на какие лекарства, продукты есть аллергия)

10. Я понимаю, что нарушение врачебных рекомендаций, несоблюдение режима в Больнице, а также сокрытие информации о состоянии здоровья может привести к местным и общим осложнениям и другим неблагоприятным последствиям.



11. В случае возникновения во время обследования и лечения непредвиденных осложнений и состояний, угрожающих моему здоровью, даю согласие на изменение тактики, плана лечения (в том числе объем вмешательства, фиксация), включая отказ от его выполнения, с последующим информированием меня об этом.

12. Ни при каких обстоятельствах мне не должны выполняться следующие процедуры:

(Укажите процедуры, если вы против их выполнения. Если нет таких – оставить пустым)

13. Я понимаю, что медицинским персоналом будут приниматься все необходимые меры для моего излечения, но никаких гарантий или обещаний относительно результатов лечения не может быть предоставлено.

14. Я понимаю, что в настоящий момент Больница не может дать точную информацию о том, кто именно будет выполнять исследование, манипуляцию, операцию, однако мне гарантируется, что это лицо имеет соответствующую для этого квалификацию и опыт.

15. Я даю добровольное согласие на предоставление сведений персонифицированного характера о пациенте с целью формирования и использования электронных информационных ресурсов здравоохранения, в том числе Госпитальной информационной системы.

16. Я даю добровольное согласие на участие в процессе моего лечения резидентов, курсантов и проведение фото и/или видеосъемки с предварительным устным уведомлением меня.

17. Я утверждаю, что все интересующие меня вопросы мною заданы, все полученные ответы и разъяснения врача мною поняты, возможный риск предстоящего обследования, манипуляции, операции (включая летальный исход) мною осознан.

18. Любую информацию о состоянии моего (ребенка, родственника) здоровья, проводимом обследовании и лечении, его результатах я разрешаю сообщать следующим лицам:

Ф.И.О. лица, которому вы разрешаете сообщать о ходе лечения	Родство/отношение к пациенту	Телефон



19. Если пациент младше 18 лет: даю разрешение получать **дополнительные согласия** на проведение лечебных и диагностических манипуляций высокого риска при моем отсутствии у вышеуказанных лиц по вышеуказанным телефонам: **ДА / НЕТ.**

20. Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа и согласен(а) с ними.

Подпись: _____ **Дата:** ___/___/201 года **Время:** ___ ч ___ мин

Если заполнил родственник / опекун / законный представитель пациента:

Ф.И.О: _____ **Степень родства:** _____

Врач: _____ / ___/___/201 г.
 ___ ч ___ мин

(фамилия)

(подпись)

(дата)

(время)

При невозможности подписания пациентом или его представителем, настоящее согласие не заполняется, консилиум на решение о госпитализации не требуется. Консилиум требуется на операцию, анестезию или др. конкретные мероприятия (специальное согласие).

Приложение 4

Информированный отказ от осмотра и лечения
ПРИМЕР

В соответствии со статьями 93, 94 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года № 193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения»,

Пациент _____ (Ф.И.О. _____ пациента:)

Дата рождения (число, месяц, год:) _____ / _____ / _____ года,

ОТКАЗЫВАЮСЬ от лечения (подчеркнуть): себе /ребенку /родственнику /
 подопечному:

- полностью от дальнейшего стационарного лечения и желаю выписаться;
- временно покинуть стационар на период с ___/___/___ по ___/___/___;
- от операции
- от процедуры:
- от медикаментозного лечения

от переливания/трансфузии крови и ее компонентов (эритро содержащих компонентов крови, свежезамороженной плазмы, криопреципитата, концентрата тромбоцитов, фибринового клея)



другое

Настоящим подтверждаю, что обсудил(а) с врачом в понятной для меня форме состояние здоровья с учетом рисков и осложнений от отказа или прекращения предложенного лечения. Я понимаю, что отказ или несвоевременное проведение вышеуказанных медицинских вмешательств может причинить значительный вред моему здоровью / моему ребенку / родственнику / подопечному и даже создать угрозу для жизни и привести к смерти.

Поэтому я снимаю всякую ответственность с Больницы и его персонала, какие бы неблагоприятные и нежелательные последствия не возникли из-за моего отказа или прекращения предложенного лечения.

Я обсудил возможные альтернативные методы лечения. Содержание настоящего документа разъяснено врачом, мне полностью понятно.

Данный отказ написан (по желанию пациента) в присутствии свидетеля:

_____ (Ф.И.О., год рождения свидетеля)

 Ф.И.О.

пациента/родителя/опекуна* _____
 отношение к пациенту _____ / ____ / 201__ г. ____:

Время

Подпись

Дата

Ф.И.О. врача _____ / ____ / 201__ г. ____:

Время

Подпись

Дата

* Если пациент не может подписать настоящее согласие, вследствие тяжести состояния или является несовершеннолетним, может подписать представитель / родственник пациента

1. Указание условия пересмотра СОП: Пересмотр СОП проводится 1 раз в 3 года или при появлении новых требований.

2. Нормативные ссылки:



1. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года «Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения, а также инструкций по их заполнению» № ҚР ДСМ-175/2020;
2. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 ноября 2021 года «Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций» № ҚР ДСМ – 111;
3. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 августа 2021 года № «Об утверждении «Правил оказания первичной медико-санитарной помощи» ҚР ДСМ-90;

Лист регистрации изменений

№	№ раздела, пункта стандарта, в которое внесено изменение	Дата внесения изменения	ФИО лица, внесшего изменения



Лист ознакомления

№	Фамилия И.О.	Должность	Дата	Подпись
1	Шокибаев Г	мер. с	04.01.2024	
2	Абдиева З.С	мер. сестра	04.01.2024	
3	Тотайбева А	мер. сестра	04.01.2024	
4	Кашпакулов	медсестра	04.01.2024	
5	Ирматов А	анушер	04.01.2024	
6	Абдулкеримов О.И	врач	04.01.2024	
7	Аширбаева А.Н	уч. м/с	04.01.2024	
8	Жаракчиев А.Т	ст. м/с	04.01.2024	
9	Оралбаев С.А	Техник	04.01.2024	
10	Абдиева Г. З	сиделка	04.01.2024	
11	Абдурашидов Н	сест. м/с	04.01.24	
12	Октябрьева Н.О	стоматолог	04.01.24	
13	Торшбаева С.И	сест. зуб врач	04.01.24	
14	Мамморова М.	сест. м/с	04.01.24	
15	Алиев А. А	врач	04.01.24	
16	Самиева А. А	ст. м. м/с	04.01.2024	
17	Сафарбаев А.Н	стоматолог	04.01.2024	
18	Шокибаев Г.К	КЗР м/с	04.01.2024	
19	Кубайли А.И	мед. сестра	04.01.2024	
20	Ибрагимов Г.И	врач	04.01.2024	
21	Ибрагимов Б.Т	терапевт	04.01.2024	
22	Абдиева Р.В	мед. сестра	04.01.2024	
23	Алиев А.А	мед. м/с	04.01.2024	
24	Алиев А	мед. м/с	04.01.2024	
25	Ибрагимов И	врач	04.01.2024	
26	Алиев А	м/с	04.01.24	

