



ГКП на ПХВ
"Ленгерская городская поликлиника"
УЗ Туркестанской области

Тип документа:
СОП


Система менеджмента качества

Версия:
1

Страница:
1 из 8

Наименование структурного подразделения:	Все структурные подразделения		
Названия документа:	СОП «Правила оформления отказа от медицинского вмешательства»		
Утвержден:	Руководитель ГКП на ПХВ «ЛГП» Чалкаров А.Б.		
Дата утверждения:			
Разработчик:	<i>Должность</i>	<i>Ф.И.О.</i>	<i>Подпись</i>
	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 № _____	____ 04 ____ / ____ 01 ____ / 2024г. Ф.И.О. _____ Подпись _____	

Дата последнего пересмотра « 04 » « _____ 01 _____ » 2024г
Дата следующего пересмотра « _____ » « _____ » 2027г

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
		Система менеджмента качества	Версия: 1

СОП «Правила оформления отказа от медицинского вмешательства»

1. Цель:

Стандартизировать обеспечение порядка соблюдения прав пациента при отказе от оказания медицинской помощи.

2. Область применения:

Все клинические (стационарные и амбулаторные), лабораторные и диагностические отделения медицинской организации.

3. Ответственность:

- 1) Выполнение Правил обязательно всеми сотрудниками, которые должны взять у пациента письменное информированное добровольное согласие (ИДС) на предлагаемую процедуру, метод лечения или диагностики.
- 2) Пациент или доверенное лицо, который принял решение отказаться от диагностики и лечения, и подписавший форму «Информированный отказ от осмотра и лечения» несет ответственность за жизнь и безопасность пациента.
- 3) Медицинская организация не несет ответственности за принятое пациентом или его доверенным лицом решение, если врач информировал пациента или доверенное лицо о возможных рисках и осложнениях, и пациентом/доверенным лицом подписан «Информированный отказ от осмотра и лечения».

4. Определения:


- 1) Информированное согласие – документ, который подписывает пациент после того, как врач объяснил преимущества, альтернативы и риски предлагаемой процедуры или метода лечения и диагностики. Документ гарантирует добровольное согласие пациента на указанную процедуру или метод лечения и диагностики.
- 2) Инвазивные вмешательства – это методы диагностики и лечения с помощью операций и манипуляций, которые проводят путем проникновения во внутреннюю среду организма человека.
- 3) 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.
- 4) Процедуры высокого риска – способы и методы лечения и диагностики, определяемые клиникой, проведение которых имеет риски для здоровья пациента и перед проведением которых он должен дать письменное информированное согласие.

5. Ресурсы:

Бланки форм отказа от медицинской помощи (см. приложение 1).

6. Правила проведения процедуры

Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
		Система менеджмента качества	Версия: 1

Отказ от осмотра и лечения:

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

7. Ссылки:

- 1) Конституция РК, ст. 29;
- 2) Кодекс РК от 07.07.2020 № 360-VI «О здоровье народа и системе здравоохранения», ст. 134 "Права пациентов"; ст. 135 "Обязанности пациентов";
- 3) 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", 2017 г., США;
- 4) Приказ МЗ РК от 05.11.2021 № ҚР ДСМ-111 «Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций»;
- 5) Vahdat S, et al. Patient involvement in health care decision making: A review. Iran
- 6) «Правила идентификации пациента» клиники;
- 7) «Правила информирования пациентов об их правах и обязанностях».

Приложение 1

Перечень случаев, требующих информированного согласия пациента

№	Название	Кому выдают
1	Общее информированное согласие пациента на стационарное лечение в клинике	100 % стационарным больным в приемном отделении
2	Информированное согласие на проведение анестезиологического пособия	По необходимости анестезиологом

Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа



ГКП на ПХВ
"Ленгерская городская поликлиника"
УЗ Туркестанской области

Тип документа:
СОП

Система менеджмента качества

Версия:

1

Страница:

4 из 8

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	При необходимости
5	Информированное согласие на проведение инвазивного вмешательства*	При необходимости
6	Информированный добровольный отказ от осмотра и лечения	При необходимости
7	Информированное согласие на обследование на ВИЧ	При необходимости
11	Информированное согласие о неразглашении конфиденциальной информации о пациентах	При необходимости курсантам (не для пациента)

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

Приложение 2

Инвазивные процедуры высокого риска (требуется информированное согласие)

№	Название процедуры	Анест. 1	Ма рк2	Тайм-аут3	Мониторинг состояния пациента и документация
1	Первичная хирургическая обработка раны	+/-4	-5	+6	До начала процедуры: оценка состояния врачом. В течение: оценка состояния врачом. После: оценка состояния врачом, признаки местного кровотечения

¹ необходимо анестезиологическое пособие

² необходима маркировка места

³ необходим документированный тайм-аут

⁴ возможно (определяется врачом)

⁵ не требуется

⁶ требуется



ГКП на ПХВ
"Ленгерская городская поликлиника"
УЗ Туркестанской области

Тип документа:
СОП

Система менеджмента качества

Версия:

Страница:

1

5 из 8

Офтальмолог					
11	Парабульбарная инъекция	–	+	+	До начала: АД, Ps, t. В течение процедуры: оценка врачом. После проведения процедуры: АД, Ps
12	Субконъюнктивальная инъекция	+	+	+	До начала: АД, Ps, t. В течение: оценка врачом. После: АД, Ps
13	Ретробульбарная инъекция	–	+	+	До начала процедуры: АД, Ps, t. В течение процедуры: оценка врачом. После проведения процедуры: АД, Ps

Приложение 3

Информированный отказ от осмотра и лечения

В соответствии со статьями 134, 135 Кодекса Республики Казахстан от 07.07.2020 № 360-VI «О здоровье народа и системе здравоохранения»,

Я, пациент (Ф.И.О.) _____


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 (эритродержащих компонентов крови, свежезамороженной плазмы, криопреципитата, концентрата тромбоцитов, фибринового клея);
- другое _____

1. 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.

Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
		Система менеджмента качества	Версия: 1

2. 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.
3. Поэтому я снимаю всякую ответственность с клиники и ее персонала, какие бы неблагоприятные и нежелательные последствия не возникли из-за моего отказа или прекращения предложенного лечения.
4. 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 _____ / ____ / 20__ г. ____:

_____ Подпись Дата
Время

Ф.И.О. врача _____ / ____ / 20__ г. ____:

_____ Подпись Дата
Время

* 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.

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	Тотайбек А	мед сестра		<i>[Handwritten signature]</i>
2	Армелебаева Н.С	мед. сестра		<i>[Handwritten signature]</i>
3	Кочинашкунанов Б	мед. сестра		<i>[Handwritten signature]</i>
4	Ахмеджонов	зам. зам.		<i>[Handwritten signature]</i>
5	Рахимова Р.И	зам.	04.01.2024	<i>[Handwritten signature]</i>
6	Алиханова Р.Г	мед. сестра	04.01.2024	<i>[Handwritten signature]</i>
7	Самиева И.И	мед. сестра	04.01.2024	<i>[Handwritten signature]</i>
8	Сартаева М.К	мед. сестра	04.01.2024	<i>[Handwritten signature]</i>
9	Курманова Б.Г	врач	04.01.2024	<i>[Handwritten signature]</i>
10	Жалилабаева Н	мед. сестра	04.01.2024	<i>[Handwritten signature]</i>