



ЗАГАД

06.04.2019 № 322

г. Мінск

ПРИКАЗ

г. Минск

Об утверждении примерных форм предварительного письменного согласия на переливание крови, ее компонентов

На основании статьи 23 Закона Республики Беларусь от 30 ноября 2010 года «О донорстве крови и ее компонентов», подпункта 9.1 пункта 9 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446 «О некоторых вопросах Министерства здравоохранения и мерах по реализации Указа Президента Республики Беларусь от 11 августа 2011 г. № 360» и в целях принятия дальнейших мер, направленных на обеспечение прав и законных интересов пациентов, ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

примерную форму предварительного письменного согласия реципиента на переливание крови, ее компонентов согласно приложению 1;

примерную форму предварительного письменного согласия на переливание крови, ее компонентов, в случае если реципиентом является несовершеннолетнее лицо, которое не приобрело в установленном порядке дееспособность в полном объеме, либо лицо, признанное в установленном порядке недееспособным, или лицо, не способное по состоянию здоровья к принятию осознанного решения, согласно приложению 2.

2. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на Первого заместителя Министра Пиневи́ча Д.Л.

Министр

В.А.Малашко

Приложение 1
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
06.07.2018 № 322

Примерная форма
предварительного письменного согласия реципиента
на переливание крови, ее компонентов

Мне, _____,
(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется), вписывается собственноручно реципиентом)
разъяснены: состояние моего здоровья, выбранные методы оказания медицинской помощи, цели медицинских вмешательств и их прогнозируемые результаты, наличие у меня медицинских показаний к переливанию крови, ее компонентов и (или) возможность внезапного возникновения заболеваний, состояний и (или) обострения хронических заболеваний, при которых могут потребоваться переливание крови, ее компонентов.

Я информирован(-а) о том, что настоящее предварительное письменное согласие может быть отозвано мною, за исключением случаев, когда медицинское вмешательство уже началось и его прекращение либо возврат к первоначальному состоянию невозможны и (или) связаны с угрозой для моей жизни и (или) здоровья.

Настоящим я даю согласие/отказываюсь (ненужное зачеркнуть) на переливание/от переливания (ненужное зачеркнуть) крови, ее компонентов и прошу работников организации здравоохранения

_____ (полное наименование организации здравоохранения)
о проведении переливания крови, ее компонентов при наличии у меня медицинских показаний.

Данное(-ый) согласие/отказ (ненужное зачеркнуть) распространяется на (ненужное зачеркнуть):

все случаи переливания крови, ее компонентов в течение всего периода оказания медицинской помощи в организации здравоохранения

_____ (полное наименование организации здравоохранения);
переливание крови, ее компонентов в течение _____

_____ (дата планируемого переливания крови, ее компонентов вписывается собственноручно реципиентом)
Я предупрежден(-а) о возможном ухудшении здоровья в результате предстоящего медицинского вмешательства.

Мне в доступной для понимания форме, как лицу, не обладающему специальными знаниями в области здравоохранения, разъяснены возможные последствия переливания крови, ее компонентов (трансфузионные реакции, посттрансфузионные осложнения, в том числе, представляющие угрозу для жизни и (или) здоровья, остаточный риск инфицирования трансфузионно-трансмиссивными инфекциями), а также возможные последствия отказа от переливания крови, ее компонентов.

Я имел(-а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(-а) исчерпывающие ответы в доступной для понимания форме, как лицо, не обладающее специальными знаниями в области здравоохранения.

Я подтверждаю, что прочитал(-а) и понял(-а) все вышеизложенное

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется), вписывается собственноручно реципиентом)

Я подтверждаю, что в случае, когда из-за отказа от переливания крови, ее компонентов возникнет угроза для моей жизни и (или) здоровья, мое решение об отказе изменяется/не изменяется (ненужное зачеркнуть).

Если я буду не способен по состоянию здоровья к принятию осознанного решения о переливании мне крови, ее компонентов, решение принимается с письменного согласия супруга (супруги), близких родственников (родителей, усыновителей (удочерителей), совершеннолетних детей, в том числе усыновленных (удочеренных), родных братьев (сестер), внуков, деда (бабки)) и (или) врачебным консилиумом, а при невозможности его проведения – лечащим врачом

(вписывается собственноручно реципиентом, кем будет приниматься решение)

(подпись реципиента)

_____ Ч. _____ МИН. _____ 20__ Г. _____
 дата и время информированного согласия или отказа от переливания крови, ее компонентов (подпись, фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) врача-специалиста)

Приложение 2
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
. 2018 №

Примерная форма

предварительного письменного согласия на переливание крови, ее компонентов, в случае если реципиентом является несовершеннолетнее лицо, которое не приобрело в установленном порядке дееспособность в полном объеме, либо лицо, признанное в установленном порядке недееспособным, или лицо, не способное по состоянию здоровья к принятию осознанного решения

В случае если реципиентом является несовершеннолетнее лицо, которое не приобрело в установленном порядке дееспособность в полном объеме, либо лицо, признанное в установленном порядке недееспособным, или лицо, не способное по состоянию здоровья к принятию осознанного решения (далее – реципиент), предварительное письменное согласие на переливание крови, ее компонентов дается в отношении:

несовершеннолетних – с письменного согласия одного из родителей, усыновителей, опекунов, попечителей (далее – законные представители);

лиц, признанных в установленном порядке недееспособными, – с письменного согласия их опекунов;

лиц, не способных по состоянию здоровья к принятию осознанного решения, – с письменного согласия супруга (супруги) или одного из близких родственников (родителей, совершеннолетних детей, родных братьев (сестер), внуков, деда (бабки)) (далее – супруг (супруга) и (или) близкий родственник).

При удостоверении согласия:

в отношении супруга (супруги) и (или) близкого родственника – проверяются документы, подтверждающие заключение брака и (или) наличие родственных отношений;

законного представителя в отношении несовершеннолетнего – проверяются документы, подтверждающие наличие родственных отношений, установление опеки, попечительства (свидетельство о рождении, документ, удостоверяющий личность, копии записей актов гражданского состояния, решение органа опеки и попечительства об установлении опеки (попечительства) и назначении опекуна (попечителя) либо договор об условиях воспитания и содержания детей, удостоверение на право представления интересов подопечного и др.);

в отношении лиц, признанных в установленном порядке недееспособными – проверяются документы, подтверждающие установление опеки (документ, удостоверяющий личность, решение органа опеки и попечительства об установлении опеки и назначении опекуна и др.).

Мне, _____
 (фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется), вписывается собственноручно законным представителем, опекуном, супругом (супругой) и (или) близким родственником реципиента)
 разъяснены: состояние здоровья _____

_____,
 (фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) реципиента, вписывается собственноручно законным представителем, опекуном, супругом (супругой) и (или) близким родственником реципиента)
 выбранные методы оказания медицинской помощи, цели медицинских вмешательств и их прогнозируемые результаты, наличие у реципиента медицинских показаний к переливанию крови, ее компонентов и (или) возможность внезапного возникновения заболеваний, состояний и (или) обострения хронических заболеваний, при которых могут потребоваться переливание крови, ее компонентов.

Я информирован(-а) о том, что настоящее предварительное письменное согласие может быть отозвано мною, за исключением случаев, когда медицинское вмешательство уже началось и его прекращение либо возврат к первоначальному состоянию невозможны и (или) связаны с угрозой для жизни и (или) здоровья реципиента.

Настоящим я даю согласие/отказываюсь (ненужное зачеркнуть) на переливание/от переливания (ненужное зачеркнуть) крови, ее компонентов и прошу работников организации здравоохранения

 (полное наименование организации здравоохранения)
 о проведении переливания крови, ее компонентов при наличии у реципиента медицинских показаний.

Данное(-ый) согласие/отказ (ненужное зачеркнуть) распространяется на (ненужное зачеркнуть):

все случаи переливания крови, ее компонентов в течение всего периода оказания медицинской помощи в организации здравоохранения

 (полное наименование организации здравоохранения);
 переливание крови, ее компонентов в течение _____

 (дата планируемого переливания крови, ее компонентов вписывается собственноручно законным представителем, опекуном, супругом (супругой) и (или) близким родственником реципиента)
 Я предупрежден(-а) о возможном ухудшении здоровья реципиента в результате предстоящего медицинского вмешательства.

Мне в доступной для понимания форме, как лицу, не обладающему специальными знаниями в области здравоохранения, разъяснены возможные последствия переливания крови, ее компонентов (трансфузионные реакции, посттрансфузионные осложнения, в том числе представляющие угрозу для жизни и (или) здоровья, остаточный риск инфицирования трансфузионно-трансмиссивными инфекциями), а также возможные последствия отказа от переливания крови, ее компонентов.

Я имел(-а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(-а) исчерпывающие ответы в доступной для понимания форме, как лицо, не обладающее специальными знаниями в области здравоохранения.

Я подтверждаю своей подписью, что прочитал(-а) и понял(-а) все вышеизложенное _____.

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется), вписывается собственноручно законным представителем, опекуном, супругом (супругой) и (или) близким родственником реципиента)

Я подтверждаю, что в случаях, когда из-за отказа от переливания крови, ее компонентов возникнет угроза для жизни и (или) здоровья реципиента, мое решение об отказе в переливании крови, ее компонентов реципиенту _____ изменяется/не изменяется (ненужное зачеркнуть).

(подпись законного представителя, опекуна, супруга (супруги) и (или) близкого родственника реципиента)

_____ ч. _____ мин. _____ 20__ г. _____
дата и время информированного согласия или отказа от переливания крови, ее компонентов (подпись, фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) врача-специалиста)