

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

15 апреля 2021 г. № 36

**Об установлении формы согласия пациента
на сложное медицинское вмешательство**

На основании части шестой статьи 44 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХІІ «О здравоохранении», подпункта 9.1 пункта 9 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Установить форму согласия пациента на сложное медицинское вмешательство согласно приложению.

2. Настоящее постановление вступает в силу с 23 июля 2021 г.

Министр

Д.Л.Пиневиц

СОГЛАСОВАНО

Брестский областной
исполнительный комитет

Витебский областной
исполнительный комитет

Гомельский областной
исполнительный комитет

Гродненский областной
исполнительный комитет

Могилевский областной
исполнительный комитет

Минский областной
исполнительный комитет

Минский городской
исполнительный комитет

Государственный пограничный комитет
Республики Беларусь

Комитет государственной безопасности
Республики Беларусь

Министерство внутренних дел
Республики Беларусь

Министерство обороны
Республики Беларусь

Министерство по чрезвычайным ситуациям
Республики Беларусь

Национальная академия
наук Беларуси

Управление делами Президента
Республики Беларусь

Форма

**Согласие пациента
на сложное медицинское вмешательство**

Я, _____,
(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) совершеннолетнего пациента
либо законного представителя, опекуна, супруга (супруги)
или одного из близких родственников пациента*)
проинформировал медицинских работников об известных мне:
наследственных и перенесенных заболеваниях;
изменениях в состоянии здоровья;
принимаемых лекарственных средствах, потреблении наркотических средств,
психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ;
ранее выявленных медицинских противопоказаний к применению лекарственных
средств и (или) диагностических исследований;
аллергических реакций и (или) непереносимости лекарственных средств.
До начала сложного медицинского вмешательства мне даны полные
и всесторонние разъяснения лечащим врачом _____
(фамилия, собственное имя,

_____ о:
отчество (если таковое имеется) лечащего врача)
цели и характере сложного медицинского вмешательства;
прогнозируемых результатах;
возможных рисках для жизни и здоровья пациента, а также наиболее часто
встречающихся осложнениях с учетом характера заболевания, состояния, синдрома
и (или) их течения и индивидуальных особенностей организма пациента
(указать): _____

_____ ;
возможных последствиях отказа от оказания медицинской помощи, в том числе
медицинского вмешательства;
применяемых методах оказания медицинской помощи;
квалификации лечащего врача, других медицинских работников, непосредственно
участвующих в оказании медицинской помощи;
праве на отзыв согласия на сложное медицинское вмешательство, за исключением
случаев, когда медицинское вмешательство уже началось и его прекращение либо возврат
к первоначальному состоянию невозможны или связаны с угрозой для жизни или здоровья.

Даю добровольное согласие на _____
(название медицинского вмешательства)

_____ .
Даю согласие на изменение хода медицинского вмешательства в связи
с возникновением непредвиденных ситуаций при проведении данного медицинского
вмешательства.

(подпись лица, давшего согласие
на медицинское вмешательство)

_____ 20__ г.

(подпись лечащего врача)

* Под близкими родственниками понимаются родители, усыновители (удочерители), совершеннолетние дети, в том числе усыновленные (удочеренные), родные братья и сестры, дед, бабушка, совершеннолетние внуки.