

**Государственное бюджетное учреждение  
«КУРГАНСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР»**

**ПРИКАЗ**

от 26 февраля 2026 года

№ 95

г. Курган

**Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинские вмешательства и формы отказа от медицинского вмешательства**

В соответствии с частью 8 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2021 г № 1051н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства», приказываю:

1. Утвердить:

1.1. Порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства согласно приложению № 1;

1.2. Форму согласия на обработку персональных данных согласно приложению №2;

1.3. Форму информированного добровольного согласия на 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 и специализированной медицинской помощи согласно приложению № 3;

1.4. Форму отказа от медицинского вмешательства согласно приложению № 4;

1.5. Форму информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство новорожденному в соответствии с назначениями врача, включая назначение лекарственных препаратов согласно приложению № 5;

1.6. Форму информированного добровольного согласия реципиента или его законного представителя на трансфузию донорской крови и (или) ее компонентов согласно приложению № 6;

1.7. Форму информированного добровольного согласия на оперативное вмешательство согласно приложению № 7;

1.8. Форму информированного добровольного согласия на операцию «кесарево сечение» согласно приложению № 8;

1.9. Форму информированного добровольного согласия на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства согласно приложению № 9;

1.10. Форму информированного добровольного согласия на диагностические манипуляции согласно приложению № 10;

1.11. Форму информированного добровольного отказа от диагностических манипуляций согласно приложению № 11;

1.12. Форму информированного добровольного согласия на кольпоскопию, биопсию шейки матки согласно приложению №12;

1.13. Форму информированного добровольного согласия на проведение неонатального и расширенного неонатального скрининга на врожденные и (или) наследственные заболевания согласно приложению № 13;

1.14. Форму информированного добровольного отказа от проведения неонатального и расширенного неонатального скрининга на врожденные и (или) наследственные заболевания согласно приложению №14;

1.15. Форму информированного добровольного согласия на проведение профилактических прививок или отказ от них согласно приложению № 15;

1.16. Форму информированного добровольного согласия на процедуру подготовки шейки матки к родам и рожавание согласно приложению № 16;

1.17. Форму информированного добровольного согласия на операцию «хирургическая стерилизация» согласно приложению №17;

1.18. Форму информированного добровольного согласия на применение дексаметазона для профилактики респираторного дистресс синдрома (РДС) новорожденных согласно приложению №18;

1.19. Форму информированного добровольного согласия на проведение токолитической терапии нифедипином согласно приложению №19;

1.20. Форму информированного добровольного согласия на проведение обследования на ВИЧ-инфекцию согласно приложению №20;

1.21. Форму информированного добровольного согласия на прием лекарственного средства – ацетилсалициловой кислоты в периоде беременности off label «не по инструкции» согласно приложению №21.

2. Признать утратившими силу приказ ГБУ «Перинатальный центр» от 22.03.2022г. №93а «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».

3. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Главный врач

Т.А. Осина

Согласовано:

Заместитель главного врача по акушерству и гинекологии Горячок И.Г. \_\_\_\_\_

Заместитель главного врача по поликлиническому разделу работ Павельева О.П. \_\_\_\_\_

Заместитель главного врача по педиатрии Чесноков С.К. \_\_\_\_\_

Заместитель главного врача по клинико-экспертной работе Русанова Е.В. \_\_\_\_\_

Начальник юридического отдела Парыгина А.Г. \_\_\_\_\_

Исп. Золотов А.С.

40-03

Приложение №1  
к приказу ГБУ «Перинатальный центр» от 26.02.2026 г. №95  
«Об утверждении порядка дачи информированного добровольного  
согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства,  
формы информированного добровольного согласия на медицинские вмешательства  
и формы отказа от медицинского вмешательства»

**Порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от  
медицинского вмешательства**

1. Информированное добровольное согласие на виды 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 апреля 2012 г. N 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» (далее соответственно - информированное добровольное согласие, виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), и отказ от видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень (далее - отказ от медицинского вмешательства), дается гражданином либо одним из родителей или иным законным представителем в отношении лиц, указанных в пункте 2 настоящего Порядка.

2. Информированное добровольное согласие дает один из родителей или иной законный представитель в отношении:

1) лица, не достигшего возраста, установленного частью 5 статьи 47 и частью 2 статьи 54 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство;

2) несовершеннолетнего больного наркоманией при оказании ему наркологической помощи или при медицинском освидетельствовании несовершеннолетнего в целях установления состояния наркотического либо иного токсического опьянения (за исключением установленных законодательством Российской Федерации случаев приобретения несовершеннолетними полной дееспособности до достижения ими восемнадцатилетнего возраста).

3. Информированное добровольное согласие оформляется после выбора медицинской организации и врача при первом обращении в медицинскую организацию за предоставлением первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в условиях стационара.

4. Перед оформлением информированного добровольного согласия лечащим врачом либо иным медицинским работником гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, указанного в пункте 2 настоящего Порядка, предоставляется в доступной для него форме полная информация о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, о последствиях этих медицинских вмешательств, в том числе о вероятности развития осложнений, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

5. При отказе от медицинского вмешательства в отношении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, указанного в пункте 2 настоящего Порядка, в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния).

6. Информированное добровольное согласие оформляется в виде документа на бумажном носителе по форме, предусмотренной приложениями к настоящему приказу, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в пункте 2 настоящего Порядка, медицинским работником либо формируется в форме электронного документа, подписанного гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в пункте 2 настоящего Порядка, с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи или простой электронной подписи посредством применения единой системы идентификации и аутентификации (далее - ЕСИА), а также медицинским работником с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи, и включается в медицинскую документацию пациента.

7. Гражданин или его законный представитель, указанный в пункте 2 настоящего Порядка, при оформлении информированного добровольного согласия вправе определить лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья, в том числе после его смерти.

8. Гражданин, один из родителей или иной законный представитель лица, указанного в пункте 2 настоящего Порядка, имеет право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения (в том числе в случае, если было оформлено информированное добровольное согласие), за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона N 323-ФЗ, а именно:

Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается:

1) если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители (в отношении лиц, указанных в пункте 2 настоящего порядка);

- 1.1) в случае оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации, если медицинское вмешательство необходимо для устранения угрозы жизни человека и отсутствует выраженный до начала оказания медицинской помощи отказ гражданина (его законного представителя) от медицинского вмешательства;
- 2) в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;
- 3) в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами;
- 4) в отношении лиц, совершивших общественно опасные действия (преступления);
- 5) при проведении судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической экспертизы;
- 6) при оказании паллиативной медицинской помощи, если состояние гражданина не позволяет выразить ему свою волю и отсутствует законный представитель.

9. Отказ от медицинского вмешательства оформляется в виде документа на бумажном носителе по форме, предусмотренной приложениями к настоящему приказу, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в пункте 2 настоящего Порядка, медицинским работником либо формируется в форме электронного документа, подписанного гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в пункте 2 настоящего Порядка, с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи или простой электронной подписи посредством применения ЕСИА, а также медицинским работником с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи, и включается в медицинскую документацию пациента.

10. Информированное добровольное согласие и (или) отказ от медицинского вмешательства одного из родителей или иного законного представителя лица, указанного в пункте 2 настоящего Порядка, могут быть сформированы в форме электронного документа при наличии в медицинской документации пациента сведений о его законном представителе.

Информированное добровольное согласие и (или) отказ от медицинского вмешательства в форме электронного документа формируются с использованием единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, государственных информационных систем в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации, медицинских информационных систем медицинских организаций, иных информационных систем, предназначенных для сбора, хранения, обработки и предоставления информации, касающейся деятельности медицинских организаций и предоставляемых ими услуг.

Информированное добровольное согласие и (или) отказ от медицинского вмешательства в форме электронного документа подписываются гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в пункте 2 настоящего Порядка, с использованием простой электронной подписи посредством применения ЕСИА при условии, что при выдаче ключа простой электронной подписи его личность установлена при личном приеме либо с помощью подтверждения сведений, представленных заявителем путем использования индивидуальных средств коммуникации заявителя.

Приложение №2  
к приказу ГБУ «Перинатальный центр» от 26.02.2026 г. №95  
«Об утверждении порядка дачи информированного добровольного  
согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства,  
формы информированного добровольного согласия на медицинские вмешательства  
и формы отказа от медицинского вмешательства»

**Форма**

**Согласие на обработку персональных данных**

Настоящее согласие составлено в соответствии со статьей 9 «Согласие субъекта персональных данных на обработку его персональных данных» Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных» (далее – Закон о персональных данных)

Субъект персональных данных, \_\_\_\_\_  
(ФИО полностью, дата рождения)

Паспорт гражданина Российской Федерации: Серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_.

Зарегистрированная по адресу: \_\_\_\_\_.

Проживающая по адресу: \_\_\_\_\_.

В лице представителя субъекта персональных данных (заполняется в случае получения согласия от представителя субъекта персональных данных) \_\_\_\_\_ (ФИО, дата рождения) и сведения о документе, удостоверяющем личность, представляемого лица)

Зарегистрированная по адресу: \_\_\_\_\_.

Проживающая по адресу: \_\_\_\_\_.

Действующий от имени субъекта персональных данных на основании: Серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_, (указать реквизиты документа) в соответствии с требованиями статьи 9 Закона о персональных данных, даю свое согласие Государственному бюджетному учреждению «Курганский областной перинатальный центр», на обработку моих персональных данных (см. п.3) на следующих условиях:

1. Я даю согласие на обработку ГБУ «Курганский областной перинатальный центр» своих персональных данных, то есть на сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение, (в том числе передачу), обезличивание, блокировку и уничтожение, в том числе с помощью средств автоматизации, своих персональных данных, при этом общее описание вышеуказанных способов обработки данных приведено в Законе о персональных данных, а также право на передачу такой информации третьим лицам, если это необходимо для осуществления переданных полномочий и в случаях, установленных нормативными документами вышестоящих органов и законодательства.

2. ГБУ «Курганский областной перинатальный центр» обязуется использовать мои данные только в целях предоставления мне медицинских услуг. ГБУ «Курганский областной перинатальный центр» может раскрыть правоохранительным органам любую информацию по официальному запросу в случаях, установленных законодательством РФ.

3. Персональные данные, передаваемые ГБУ «Курганский областной перинатальный центр» на обработку: фамилия, имя, отчество; паспортные данные; адрес регистрации; адрес проживания; сведения о состоянии здоровья; сведения о результатах медицинских исследований, и получаемых медицинских услугах; номера СНИЛС и полиса ОМС; сведения о месте работы, контактный телефон.

4. По письменному запросу я имею право на получение информации, касающейся обработки моих персональных данных (в соответствии с п.7 ст. 14 Закона о персональных данных).

5. При поступлении ГБУ «Курганский областной перинатальный центр» моего письменного заявления о прекращении действия данного согласия, персональные данные уничтожаются установленным способом в течение тридцати дней с даты поступления отзыва (в соответствии с п. 5 ст. 14 Закона о персональных данных).

6. Настоящее согласие действует в течение срока хранения моих персональных данных, установленного ГБУ «Курганский областной перинатальный центр».

**Наименование и адрес оператора**, получающего согласие субъекта персональных данных: Государственное бюджетное учреждение «Курганский областной перинатальный центр», 640014, Российская Федерация, Курганская область, город Курган, ул. Карбышева, дом 39.

**Цель обработки персональных данных:** оказание медицинских услуг (в том числе в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза) и осуществление иных, связанных с этим мероприятий.

**Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных:** фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), СНИЛС, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, другая информация.

**Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных:** все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС), в том числе вправе обмениваться (принимать и передавать) персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС, иными организациями (в случаях, предусмотренных законом) с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

**Срок, в течение которого действует согласие:** действует со дня его подписания до дня отзыва согласия.

**Способ отзыва согласия:** посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

Дата \_\_\_\_\_

Подпись пациента (законного представителя), ФИО \_\_\_\_\_

**Форма**

**Информированное добровольное согласие на 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 и специализированной медицинской помощи**

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 19 «Право  
медицинской помощи» и статьей 20 «Информированное добровольное согласие на медицинское  
вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства» Федерального закона от 21.11.2011г.  
N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я,

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(дата рождения гражданина либо законного представителя)

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу:

\_\_\_\_\_ (указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу:

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

\_\_\_\_\_ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на 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 апреля 2012 г. № 390н<sup>1</sup> (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), а также на специализированную медицинскую помощь, для получения первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи/получения первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в Государственном бюджетном учреждении «Курганский областной перинатальный центр»:

- опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза \_\_\_\_\_ (подпись);
- осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, гинекологический осмотр в зеркалах, взятие мазков, вагинальное исследование, ректальное исследование, антропометрическое исследование, термометрию, тонометрию \_\_\_\_\_ (подпись);
- лабораторные методы исследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические \_\_\_\_\_ (подпись);
- функциональные методы обследования, в том числе электрокардиографию, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, кардиотокографию плода \_\_\_\_\_ (подпись);
- рентгенологические методы исследования, в том числе флюорографию (для лиц старше 15 лет), рентгенографию \_\_\_\_\_ (подпись);
- ультразвуковые исследования, доплерометрические исследования \_\_\_\_\_ (подпись);
- введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривенно \_\_\_\_\_ (подпись);
- очистительную клизму \_\_\_\_\_ (подпись);
- лечебная физкультура \_\_\_\_\_ (подпись);

- консультации врачей-специалистов смежных специальностей (терапевта, невролога, офтальмолога, оториноларинголога, уролога, генетика) \_\_\_\_\_ (подпись);
- родовозбуждение, родостимулирующая терапия в родах, коррекция аномалий родовой деятельности на усмотрение врача, амниотомия, эпизиотомия, ручное отделение плаценты и выделения последа, ручное обследование полости матки, осмотр мягких родовых путей после родов \_\_\_\_\_ (подпись);
- активное ведение третьего периода родов \_\_\_\_\_ (подпись);

**Необходимость других видов медицинского вмешательства будет мне разъяснена дополнительно.**

Для получения специализированной медицинской помощи/ получения специализированной медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Государственном бюджетном учреждении «Курганский областной перинатальный центр» медицинским работником

---

**(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)**

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 согласно моей воли даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого);
- Я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении, и обязуюсь их соблюдать;
- Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому), 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 (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения;
- Я извещен (извещена) о том, что мне (представляемому) 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 (предупреждена) 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 (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах.
- Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;
- Я согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны;
- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мне понятны, и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 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:

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

---

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

---

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)

Приложение №4  
к приказу ГБУ «Перинатальный центр» от 26.02.2026 г. №95  
«Об утверждении порядка дачи информированного добровольного  
согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства,  
формы информированного добровольного согласия на медицинские вмешательства  
и формы отказа от медицинского вмешательства»

**Форма**

**Отказ от медицинского вмешательства**

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 19 «Право медицинской помощи» и статьей 20 «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства» Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я, \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина либо законного представителя)  
зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

в отношении \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента и дата рождения при подписании отказа законным представителем)

при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи в Государственном бюджетном учреждении «Курганский областной перинатальный центр» 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 апреля 2012 г. № 390н<sup>2</sup>:

\_\_\_\_\_ (наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

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 вышеуказанного (вышеуказанных) вида (видов) медицинского вмешательства, 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 (такие) вид (виды) медицинского вмешательства.

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного представителя  
гражданина)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)

**Форма**

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство  
в соответствии с назначениями врача, включая назначение лекарственных препаратов**  
Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 19 «Право  
медицинской помощи» и статьей 20 «Информированное добровольное согласие на медицинское  
вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства» Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ  
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество – полностью)

Дата рождения « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.  
Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан (кем и когда) \_\_\_\_\_

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_

Адрес фактического проживания: \_\_\_\_\_

(указывается, если не совпадает с местом регистрации)

Контактный телефон \_\_\_\_\_

**Этот раздел бланка заполняется только для лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных**

**граждан:** Я, \_\_\_\_\_  
паспорт: \_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_  
являюсь законным представителем (**мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель**) ребенка или лица,  
признанного недееспособным: \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, дата рождения)

поставлен (поставлена) в известность, что я (представляемый) госпитализирован (госпитализирована) в отделение

(указать название или профиль отделения)

- Я даю информированное добровольное согласие на следующие виды медицинских вмешательств моему новорожденному ребенку:

- **опрос** (в т.ч. выявление жалоб, сбор анамнеза); **осмотр** (в т.ч. пальпация, перкуссия, аускультация); антропометрические исследования; термометрия;

- **проверка проходимости пищевода** и его санация по показаниям;

- **неинвазивный мониторинг** витальных функций: измерение АД, ЧСС, ЧД, пульсоксиметрия;

- неинвазивные исследования органов слуха и слуховых функций (**неонатальный аудиоскрининг**);

- исследование функций нервной системы по показаниям (осмотр врача - невролога и нейросонография);

- **лабораторные методы исследования**, в том числе клинические (включая забор капиллярной крови из пятки), биохимические (включая забор крови из периферических вен конечностей и головы), бактериологические, вирусологические, иммунологические, а также – забор капиллярной крови из пятки для проведения неонатального биохимического скрининга с целью обследования на генетические заболевания (фенилкетонурию, муковисцидоз, врожденный гипотиреоз, галактоземия, адреногенитальный синдром и др.);

- **введение лекарственных препаратов по назначению врача** (включая превентивное введение **викасола**, антибактериальную и другую терапию по показаниям), в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно, ректально;

- **фототерапия** неонатальных желтух по показаниям;

- **консультация** для оказания медицинской помощи новорожденному **специалистов** по специальностям, предусмотренных Номенклатурой специальностей (при наличии медицинских показаний).

Я, при выявлении соответствующий показаний, **также выражаю свое согласие на проведение комплекса реанимационных мероприятий и интенсивной терапии**, а именно:

- интубация трахеи с целью санации и искусственной вентиляции легких, в том числе продленной;
- непрямого массажа сердца;
- ручная и аппаратная искусственная вентиляция легких;
- респираторная поддержка в виде кислородной воронки, назальных канюль, назального CPAP;
- катетеризации пупочной вены;
- длительная инфузионная терапия с возможным введением инотропных препаратов;
- введение препаратов сурфактанта по показаниям;
- зондовое питание;

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, в также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Я подтверждаю, что прочла всю предоставленную информацию, имела возможность обсудить все интересующие меня вопросы. Мое согласие является свободным и осознанным.

- Мне согласно моей воли даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого);
- Я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении, и обязуюсь их соблюдать;
- Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому), 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 (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения;
- Я извещен (извещена) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывая с врачом прием любых, не прописанных лекарств;
- Я предупрежден (предупреждена) 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 (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах.
- Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;
- Я согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны;
- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мне понятны, и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;
- Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о состоянии моего здоровья/ состоянии лица, законным представителем которого я являюсь:

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

- Разрешаю посещение в лечебном учреждении представляемого ребенка или лица, признанного недееспособным, следующим гражданам: \_\_\_\_\_

---

Дата "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Подпись пациента/законного представителя), Ф.И.О. \_\_\_\_\_.

Расписался в моем присутствии:

Врач

---

(Ф.И.О, должность, подпись)

## ПРИМЕЧАНИЕ:

Согласие на медицинское вмешательство (лечение) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

При отсутствии законных представителей решение о необходимости лечения принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача или руководителя отделения, гражданина, в отношении которого проведено медицинское вмешательство, одного из родителей или иного законного представителя, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача или руководителя отделения, гражданина, в отношении которого проведено медицинское вмешательство, одного из родителей или иного законного представителя, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача.

Дополнительная информация:

\_\_\_\_\_

Подпись пациента (законного представителя), Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Врач

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О, должность, подпись)

Консилиум врачей в составе:

Должность, Ф.И.О. и подпись \_\_\_\_\_

Должность, Ф.И.О. и подпись \_\_\_\_\_

Должность, Ф.И.О. и подпись \_\_\_\_\_

Дата " \_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Приложение №6  
к приказу ГБУ «Перинатальный центр» от 26.02.2026 г. №95  
«Об утверждении порядка дачи информированного добровольного  
согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства,  
формы информированного добровольного согласия на медицинские вмешательства  
и формы отказа от медицинского вмешательства»  
**Форма**

**Информированное добровольное согласие реципиента или его законного представителя на трансфузию  
донорской крови и (или) ее компонентов**

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 19 «Право  
медицинской помощи» и статьей 20 «Информированное добровольное согласие на медицинское  
вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства» Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об  
основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество – полностью)

Дата рождения « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.  
Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан (кем и когда) \_\_\_\_\_

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_

Адрес фактического проживания: \_\_\_\_\_

(указывается, если не совпадает с местом регистрации)

Контактный телефон \_\_\_\_\_

**Этот раздел бланка заполняется только для лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных**

**граждан:** Я, \_\_\_\_\_ паспорт: \_\_\_\_\_,  
выдан: \_\_\_\_\_

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица,  
признанного недееспособным: \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, дата рождения)

находясь на лечении (обследовании) в Курганском областном перинатальном центре  
добровольно даю свое **согласие / отказываюсь** (нужное подчеркнуть) **на проведение** мне (представляемому)  
трансфузии **компонентов донорской крови:**

- Я поставила в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об  
аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой  
химии, пыльцы цветов; обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях,  
заболеваниях, анестезиологических пособиях;

об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы,  
воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных  
средствах.

Сообщила правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических  
средств;

Я информирована о целях, характере и неблагоприятных эффектах **трансфузии донорской крови и (или)  
её компонентов**, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время его проведения;

Я предупреждена о факторах риска и понимаю, что проведение **трансфузии донорской крови и (или) её  
компонентов** сопряжено с риском нарушений со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других  
систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью, и даже неблагоприятного  
исхода;

Мне разъяснено, и я осознаю, что во время **трансфузии донорской крови и (или) её компонентов** могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае, я согласна на то, что вид и тактика процедуры может быть изменена врачами по их усмотрению;

-Я ознакомлена и согласна со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мне понятны и добровольно даю свое согласие на проведение **трансфузии донорской крови и (или) её компонентов** в предложенном объеме.

О последствиях процедуры, эффектах **трансфузии донорской крови и (или) её компонентов** и связанных с ними риском информирована врачом.

Дата "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Подпись пациента (законного представителя), Ф.И.О. \_\_\_\_\_.

Расписался в моем присутствии:

Врач

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О, должность, подпись)

### **ПРИМЕЧАНИЕ:**

Согласие на медицинское вмешательство (лечение) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

При отсутствии законных представителей решение о необходимости лечения принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача или руководителя отделения, гражданина, в отношении которого проведено медицинское вмешательство, одного из родителей или иного законного представителя, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача или руководителя отделения, гражданина, в отношении которого проведено медицинское вмешательство, одного из родителей или иного законного представителя, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача.

Дополнительная информация:

\_\_\_\_\_

Подпись пациента (законного представителя), Ф.И.О. \_\_\_\_\_.

Врач

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О, должность, подпись)

Консилиум врачей в составе:

Должность, Ф.И.О. и подпись \_\_\_\_\_

Должность, Ф.И.О. и подпись \_\_\_\_\_

Должность, Ф.И.О. и подпись \_\_\_\_\_

Дата "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

**Форма**

**Информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство**

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 19 «Право медицинской помощи» и статьей 20 «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства» Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество – полностью)

Дата рождения « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.  
Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан (кем и когда) \_\_\_\_\_

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_

Адрес фактического проживания: \_\_\_\_\_

(указывается, если не совпадает с местом регистрации)

Контактный телефон \_\_\_\_\_

**Этот раздел бланка заполняется только для лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:**

**Я,** \_\_\_\_\_

паспорт: \_\_\_\_\_, выдан:

являюсь законным представителем (**мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель**) ребенка или лица, признанного недееспособным: \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, дата рождения)

Находясь на лечении (обследовании, лечении, родоразрешении) в отделении:

\_\_\_\_\_ (название отделения, номер палаты)

добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому) операции:

\_\_\_\_\_ (название медицинского вмешательства)

Подтверждаю, что я ознакомлен (ознакомлена) с характером предстоящей мне (представляемому) операции. Мне разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего оперативного лечения.

– Мне разъяснено, и я осознаю, что во время операции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен (согласна) на то, что ход операции может быть изменен врачами по их усмотрению.

– Я предупрежден (предупреждена) о факторах риска и понимаю, что проведение операции сопряжено с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода.

– Я предупрежден (предупреждена), что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в том числе в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и даю свое согласие на это.

– Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех

перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

– Я согласен (согласна) на запись хода операции на информационные носители и демонстрацию лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

– Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе оперативного вмешательства, в том числе переливаний донорской или ауто (собственной) крови и/или ее компонентов и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы.

– Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на проведение вышеуказанного оперативного вмешательства.

Дата " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Подпись пациента (законного представителя), Ф.И.О. \_\_\_\_\_.

Расписался в моем присутствии:

Врач

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О, должность, подпись)

#### **ПРИМЕЧАНИЕ:**

Согласие на медицинское вмешательство (лечение) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

При отсутствии законных представителей решение о необходимости лечения принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача или руководителя отделения, гражданина, в отношении которого проведено медицинское вмешательство, одного из родителей или иного законного представителя, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача или руководителя отделения, гражданина, в отношении которого проведено медицинское вмешательство, одного из родителей или иного законного представителя, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача.

Дополнительная информация:

\_\_\_\_\_  
Подпись пациента (законного представителя), Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Врач

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О, должность, подпись)

Консилиум врачей в составе:

Должность, Ф.И.О. и подпись \_\_\_\_\_

Должность, Ф.И.О. и подпись \_\_\_\_\_

Должность, Ф.И.О. и подпись \_\_\_\_\_

Дата " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Приложение №8  
к приказу ГБУ «Перинатальный центр» от 26.02.2026 г. №95  
«Об утверждении порядка дачи информированного добровольного  
согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства,  
формы информированного добровольного согласия на медицинские вмешательства  
и формы отказа от медицинского вмешательства»  
**Форма**

**Информированное добровольное согласие на операцию «кесарево сечение»**

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 19 «Право медицинской помощи» и статьей 20 «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства» Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», клинических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации «Роды одноплодные, родоразрешение путем кесарева сечения» 2024 г.

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество – полностью)

Дата рождения «\_\_» \_\_\_\_\_ г.  
Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан (кем и когда) \_\_\_\_\_

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_

Адрес фактического проживания: \_\_\_\_\_

(указывается, если не совпадает с местом регистрации)

Контактный телефон \_\_\_\_\_

<p><b>Этот раздел бланка заполняется только для лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я, _____</b> паспорт: _____, выдан: являюсь законным представителем (<b>мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель</b>) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____ _____ (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, дата рождения)</p>
--

находясь с «\_\_» \_\_\_\_\_ года на лечении в отделении

\_\_\_\_\_  
(наименование отделения)

Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Курганский областной перинатальный центр», по итогам проведенных исследований и медицинского консилиума информирована о состоянии моего здоровья (здоровья представляемого лица) и наличии заболевания (состояния), требующего хирургического лечения, и с тем, что, в связи с этим мне показано проведение операции - КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ.

Мне до подписания настоящего информированного согласия, лично лечащим врачом:

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество – полностью)

были разъяснены причины проведения данного операционного вмешательства, цель и характер операции, ожидаемые результаты, возможные отклонения от намеченного плана хирургического вмешательства в зависимости от операционной ситуации, а также степень риска и возможные осложнения.

Я поставлен(а) в известность, что оперирующим хирургом будет:

---

(фамилия, имя, отчество – полностью)

Я проинформирован(а) о последствиях отказа от предполагаемой операции, исследований/манипуляций.

Я проинформирован(а) лечащим врачом, что точно предсказать исход хирургического вмешательства, анестезии и медикаментозного лечения невозможно. Я понимаю, что любое проведенное мне оперативное вмешательство под каким-либо видом анестезии может в результате привести к временной или постоянной, частичной или полной нетрудоспособности и представляет риск для жизни.

Я проинформирован(а) о характере и частоте возможных серьезных осложнений.

**Мне объяснено, что:**

Кесарево сечение является серьезным оперативным вмешательством, при котором возможны осложнения во время проведения операции и в послеоперационном периоде.

Возможные (но, не ограничиваясь) осложнения для матери:

Очень часто - повышение риска повторного кесарева сечения при попытке родов через естественные родовые пути при последующих беременностях, одна женщина на каждые 4 случая.

Часто - боль в ране и дискомфорт в животе в первые несколько месяцев после операции, 9 женщин на каждые 100.

Не часто (5-9 случаев на 1000 операций) - экстренная гистерэктомия (удаление матки), возможна повторная операция после кесарева сечения, в том числе кюретаж матки, госпитализация в отделение интенсивной терапии.

Редко (1-5 случаев на 1000 операций) - тромбозэмболические осложнения, повреждения мочевого пузыря, повреждение мочеточника.

Очень редко - смерть, приблизительно одна женщина на 12 000.

Возможные (но, не ограничиваясь) осложнения для будущей беременности:

Часто (5-6 случаев на 100 операций) - повторная госпитализация, послеродовая инфекция.

Не часто (1-8 случаев на 1000 операций) - повышение риска разрыва матки в течение последующей беременности/родов, повышение риска антенатальной гибели плода, повышение риска при последующей беременности предлежания и вращающейся плаценты, кровотечения.

Возможные (но, не ограничиваясь) осложнения для плода:

Не часто - (2 случая на 100 операций) травмы, в том числе рассечение кожи скальпелем.

Я проинформирован(а) о возможности возникновения осложнений, угрожающих жизни, о возможности расширения объема операции (вплоть до удаления матки), и **даю свое согласие** на выполнение необходимых манипуляций.

Я проинформирован(а), что необходимое время после операции я буду проходить лечение в отделении анестезиологии - реанимации.

Я проинформирован(а), что во время операции и в ближайшем послеоперационном периоде могут возникнуть как предполагаемые, так и непредвидимые экстренные ситуации, когда я буду не в состоянии дать согласие на проведение необходимых экстренных действий. При возникновении таких ситуаций врачи, непосредственно занятые в этот период времени моим лечением (лечением представляемого лица), будут принимать решения о дальнейшей тактике самостоятельно, на что **я даю свое согласие**.

Во время оперативного вмешательства могут встретиться не экстренные ситуации (заболевания), связанные с сопутствующими заболеваниями, в отношении которых я не смогу в тот момент быть проинформирована. В такой ситуации врачи будут принимать решение о дальнейшей тактике самостоятельно, на что **я даю свое согласие**.

Я подтверждаю, что в целях максимальной эффективности проводимого мне лечения (лечения проводимого представляемому лицу) я поставила в известность врача обо всех известных мне проблемах, связанных со здоровьем, наследственностью, аллергических реакциях, индивидуальной непереносимостью лекарственных препаратов и продуктов питания, а также о курении табачных изделий, злоупотреблении алкоголем или наркотическими препаратами в настоящее время и в прошлом мною (представляемым лицом).

**Я согласна** на предложенный мне вариант обезболивания (анестезиологического пособия), а также на проведение сопутствующих ему процедур.

Мне разъяснены и понятны характер и частота наиболее серьезных осложнений, которые могут возникнуть вследствие проведения предложенного анестезиологического пособия.

Я понимаю, что в связи с оперативным вмешательством может возникнуть необходимость в переливании мне крови и ее компонентов (плазмы, эритроцитарной массы, тромболейкомассы), а также других белоксодержащих препаратов.

Мне разъяснено, что переливание компонентов донорской крови сопряжено с определенным риском и возникновением осложнений. Понимая возможную необходимость такого лечения, я даю на него

согласие.

Я не возражаю против участия в операции специалистов государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Курганский областной перинатальный центр» и привлеченных специалистов из других медицинских учреждений.

Своей подписью я подтверждаю, что на меня не оказывалось давление, я имела возможность задать любые вопросы, на все вопросы получила исчерпывающие ответы, мне понятен смысл всех терминов.

Я \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.пациентки)  
ознакомлена с текстом данного согласия \_\_\_\_\_ (дата), прочитала и поняла все вышеизложенное.

Я \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.пациентки) осознанно принимаю решение и **даю добровольное согласие на операцию КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ** и разрешение на проведение диагностических исследований, операцию и лечение, которые окажутся необходимыми при моем состоянии (состоянии представляемого лица).

**Моя подпись ниже удостоверяет мое добровольное информированное согласие.**

Подпись пациента \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

Подпись пациента поставлена им собственноручно в присутствии:

Подпись лечащего врач \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

Подпись оперирующего хирурга \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

Подпись заведующего отделением \_\_\_\_\_

Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года

Дата: \_\_\_\_\_ Время: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ минут

Ввиду невозможности пациентки \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. пациентки) собственноручно подписаться под данным информированным согласием, и, отвечая за пациента, данный документ подписан в моем присутствии законным представителем пациента (мать, отец, опекун) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. законного представителя).

Паспорт \_\_\_\_\_ . Выдан « \_\_\_\_\_ » г. \_\_\_\_\_

Контактный телефон: \_\_\_\_\_

Я, \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. законного представителя) являясь законным представителем пациентки \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. пациентки) даю свое добровольное согласие на выполнение ей операции КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ \_\_\_\_\_ (подпись законного представителя).

Подпись лечащего врач \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

Подпись оперирующего хирурга \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

Подпись заведующего отделением \_\_\_\_\_

Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года

**Форма**

**Информированное добровольное согласие  
на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства**

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 19 «Право  
медицинской помощи» и статьей 20 «Информированное добровольное согласие на медицинское  
вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства» Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ  
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество – полностью)

Дата рождения « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.  
Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан (кем и когда) \_\_\_\_\_

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_

Адрес фактического проживания: \_\_\_\_\_

(указывается, если не совпадает с местом регистрации)

Контактный телефон \_\_\_\_\_

**Этот раздел бланка заполняется только для лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я, \_\_\_\_\_**

паспорт: \_\_\_\_\_, выдан:

являюсь законным представителем (**мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель**) ребенка или лица,  
признанного недееспособным: \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, дата рождения)

Находясь на лечении (обследовании, лечении, родоразрешении) в отделении:

\_\_\_\_\_  
(название отделения)

добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому)

\_\_\_\_\_  
(название вида обезболивания, возможность изменения анестезиологической тактики)

- Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы цветов; обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях; об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

- Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время его проведения;

- Я предупрежден (предупреждена) о факторах риска и понимаю, что проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью, и даже неблагоприятного исхода;

- Мне разъяснено, и я осознаю, что во время анестезиологического пособия могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае, я согласен (согласна) на то, что вид и тактика анестезиологического пособия может быть изменена врачами по их усмотрению;

- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства в предложенном объеме.

О последствиях \_\_\_\_\_

(возможных осложнениях при выполнении анестезии)

и связанных с ними рисками информирован (информирована) врачом анестезиологом-реаниматологом:

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество врача анестезиолога-реаниматолога)

Дата " \_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Подпись пациента (законного представителя), Ф.И.О. \_\_\_\_\_.

Расписался в моем присутствии:

Врач-анестезиолог-реаниматолог

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О, должность, подпись)

#### **ПРИМЕЧАНИЕ:**

Согласие на медицинское вмешательство (лечение) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

При отсутствии законных представителей решение о необходимости лечения принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача или руководителя отделения, гражданина, в отношении которого проведено медицинское вмешательство, одного из родителей или иного законного представителя, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача или руководителя отделения, гражданина, в отношении которого проведено медицинское вмешательство, одного из родителей или иного законного представителя, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача.

Дополнительная информация:

\_\_\_\_\_ Подпись пациента (законного представителя), Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Врач-анестезиолог-реаниматолог

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О, должность, подпись)

Консилиум врачей в составе:

Должность, Ф.И.О. и подпись \_\_\_\_\_

Должность, Ф.И.О. и подпись \_\_\_\_\_

Должность, Ф.И.О. и подпись \_\_\_\_\_

Дата " \_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Приложение №10  
к приказу ГБУ «Перинатальный центр» от 26.02.2026 г. №95  
«Об утверждении порядка дачи информированного добровольного  
согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства,  
формы информированного добровольного согласия на медицинские вмешательства  
и формы отказа от медицинского вмешательства»

**Форма**

**Информированное добровольное согласие на диагностические манипуляции**

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 19 «Право медицинской помощи» и статьей 20 «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства» Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество – полностью)

Дата рождения « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.  
Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан (кем и когда) \_\_\_\_\_

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_

Адрес фактического проживания: \_\_\_\_\_

(указывается, если не совпадает с местом регистрации)

Контактный телефон \_\_\_\_\_

**Этот раздел бланка заполняется только для лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:** Я, \_\_\_\_\_

паспорт: \_\_\_\_\_, выдан:  
являюсь законным представителем (**мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель**) ребенка или  
лица, признанного недееспособным: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, дата рождения)

находясь на обследовании в Медико-генетической консультации Государственного бюджетного учреждения «Курганской областной перинатальный центр»  
уполномочиваю  
врача (ей) \_\_\_\_\_  
(должность, Фамилия И.О. врача/врачей)

выполнить мне инвазивную манипуляцию: аспирация ворсин хориона, амниоцентез, плацентоцентез, кордоцентез с целью забора необходимого материала для диагностики: хромосомной патологии, наследственных заболеваний, другое: \_\_\_\_\_.

Мне разъяснены и понятны суть обследования моего будущего ребенка (будущего ребенка представляемого), показания к инвазивной манипуляции, особенности ее проведения и возможные осложнения дальнейшего течения беременности, связанные с манипуляцией.

Я ознакомлена и понимаю, что:

- 1) Риск осложнений (самопроизвольное прерывание беременности, неразвивающаяся беременность, отхождение околоплодных вод) после процедуры составляет 1%; при наличии нарушений или пороков развития плода риск послеоперационных осложнений составляет 5% - 30%.
- 2) Полученный материал в 2-3 % случаев может содержать недостаточное количество клеток для проведения лабораторного исследования или быть неинформативным для постановки окончательного диагноза, что потребует проведения повторной процедуры;
- 3) Результаты цитогенетического исследования позволяют выявить хромосомную патологию и установить пол плода. Настоящим обследованием не могут быть выявлены врожденные пороки развития плода.

Я понимаю необходимость проведения указанной манипуляции и согласна с ней.

Я подтверждаю:

- что внимательно прочитала текст настоящего согласия на выполнение диагностической манипуляции и поняла всю информацию, предоставленную врачом;
- что имела возможность обсудить с врачом интересующие или непонятные вопросы;
- что на все заданные вопросы получила удовлетворившие меня ответы;
- что мне понятен смысл всех терминов, употребляемых в настоящем согласии.

Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

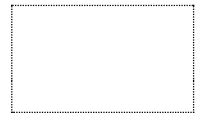
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ /

(Подпись, Фамилия И.О. пациента/законного представителя)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ /

(Подпись доверенного лица пациента/законного представителя (при наличии), Фамилия И.О.)

Медицинский работник \_\_\_\_\_ (подпись)  
(Должность, И.О. Фамилия)



“ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

Приложение №11  
к приказу ГБУ «Перинатальный центр» от 26.02.2026 г. №95  
«Об утверждении порядка дачи информированного добровольного  
согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства,  
формы информированного добровольного согласия на медицинские вмешательства  
и формы отказа от медицинского вмешательства»

**Форма**

**Информированный добровольный отказ от диагностических манипуляций**

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 19 «Право  
медицинской помощи» и статьей 20 «Информированное добровольное согласие на медицинское  
вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства» Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ  
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество – полностью)

Дата рождения « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.  
Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан (кем и когда) \_\_\_\_\_

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_

Адрес фактического проживания: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (указывается, если не совпадает с местом регистрации)  
Контактный телефон \_\_\_\_\_

находясь на обследовании в Медико-генетической консультации Государственного бюджетного учреждения  
«Курганской областной перинатальный центр»

- **отказываюсь** от проведения инвазивной манипуляции: аспирация ворсин хориона, амниоцентез, плацентоцентез,  
кордоцентез с целью диагностики у плода: хромосомной патологии,  
наследственных заболеваний, другое:

\_\_\_\_\_  
Мне разъяснены и понятны суть обследования моего будущего ребенка (будущего ребенка представляемого лица),  
показания к инвазивной манипуляции, особенности ее проведения и возможные осложнения дальнейшего течения  
беременности, связанные с манипуляцией.

Причина отказа: \_\_\_\_\_

Я осведомлена о риске рождения ребенка с хромосомной патологией, наследственными заболеваниями.  
Я удостоверяю, что текст моего информированного отказа мною прочитан, мне понятно назначение данного  
документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

(Подпись, Фамилия И.О. пациента/законного представителя)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

(Подпись доверенного лица пациента/законного представителя (при наличии), Фамилия И.О.)

Отказ подписан в присутствии  
медицинского работника

\_\_\_\_\_ (подпись) **X**  
(Должность, И.О. Фамилия)

Отказ подписан в присутствии медицинского  
работника

\_\_\_\_\_  
(Должность, И.О. Фамилия)

Отказ подписан в присутствии медицинского  
работника

\_\_\_\_\_  
(Должность, И.О. Фамилия)

“ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Приложение №12  
к приказу ГБУ «Перинатальный центр» от 26.02.2026 г. №95  
«Об утверждении порядка дачи информированного добровольного  
согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства,  
формы информированного добровольного согласия на медицинские вмешательства  
и формы отказа от медицинского вмешательства»

**Форма**

**Информированное добровольное согласие на кольпоскопию, биопсию шейки матки**

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 19 «Право медицинской помощи» и статьей 20 «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства» Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента или его законного представителя)

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный/ая по адресу:

\_\_\_\_\_ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

**даю информированное добровольное согласие на вид медицинского вмешательства:**

- 1.** Кольпоскопия \_\_\_\_\_ (подпись);
- 2.** Биопсия шейки матки \_\_\_\_\_ (подпись);

в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь  
в ГБУ «Перинатальный центр» Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(ФИО, должность)

**в доступной для меня форме мне разъяснены:**

- **цели оказания медицинской помощи:** выявление очагов перерождения эпителия в неоплазию.  
(иное указать) \_\_\_\_\_

- **методы оказания медицинской помощи:**

Мне разъяснено, что кольпоскопия представляет собой гинекологический метод исследования с проведением прицельного и детального осмотра шейки матки при помощи микроскопа особой конструкции.

Мне разъяснено, что кольпоскопия проводится в амбулаторных условиях и не требует госпитализации пациентки в медицинскую организацию.

Мне разъяснено, что перед кольпоскопией требуется предварительная подготовка: кольпоскопию проводят вне менструации.

Обзорная или простая кольпоскопия — это осмотр шейки матки и цервикального канала без применения каких-либо средств; дает представление о форме и размере шейки, ее состоянии, наличии травм и разрывов, характере выделений, состоянии слизистых и сосудов. Кольпоскопия с цветными фильтрами позволяет оценить состояние сосудистой сети.

Расширенная кольпоскопия — это осмотр шейки матки и ее оценка при помощи обработки особыми веществами. Обычно применяют 3%-ный раствор уксусной кислоты с оценкой реакции сосудов и выделения за счет этого участков неоплазии. Вторым этапом проводят обработку раствором глицерина с люголем. Патологические участки не прокрашиваются этим раствором и явно видны при осмотре.

В процессе кольпоскопии может проводиться прицельная биопсия особо подозрительных участков в целях установления точного диагноза.

- **связанный с методами риск:**

Мне разъяснено, что противопоказаниями к кольпоскопии являются: период первых 8 недель после родов; период 3-4 недель после проведения аборта; недавнее лечение шейки матки с помощью криодеструкции или хирургическое лечение; аллергия на йод или уксусную кислоту (при расширенной кольпоскопии). Временными противопоказаниями для проведения кольпоскопии являются: кровотечение из матки или шейки, в том числе менструация; выраженный воспалительный процесс.

Мне разъяснено, что кольпоскопия — это безболезненная процедура, однако может причинять небольшой дискомфорт при обработке реактивами или заборе биопсии. В редких случаях кольпоскопия

может вызвать усиленные кровотечения, повышение температуры, аномальные выделения, боли внизу живота более одного дня после процедуры. При наличии указанных симптомов на второй день после исследования необходимо проконсультироваться с лечащим врачом.

**- возможные варианты медицинских вмешательств:**

Мне разъяснено, что кольпоскопия проводится с биопсией/без биопсии *(ненужное зачеркнуть)*.

Мне разъяснено, что кольпоскопия сопровождается введением лекарственных препаратов/не сопровождается введением лекарственных препаратов *(ненужное зачеркнуть)*.

**- предполагаемые результаты оказания медицинской помощи:**

Мне разъяснено, что своевременное и качественное проведение кольпоскопии позволяет установить диагноз и назначить адекватное лечение. Результатом кольпоскопии является получение медицинского заключения врача с расшифровкой.

Мне разъяснено, что после кольпоскопии могут быть небольшие мажущие кровотечения из-за повреждения сосудов; могут быть жидкие выделения темного или зеленого цвета без запаха; в течение 5 дней запрещены половые сношения, спринцевания и использование тампонов, вагинальных препаратов и средств интимной гигиены.

**Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения**, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства. Медицинским работником даны ответы на дополнительно возникшие у меня вопросы, в том числе разъяснено:

---

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 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)*

---

*(ФИО выбранного лица)*

---

*(подпись)*

---

*(ФИО медицинского работника)*

---

*(подпись)*

---

*(ФИО пациента)*

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

*(дата оформления)*

**Форма**

**Информированное добровольное согласие  
на проведение неонатального скрининга и расширенного неонатального скрининга  
на врожденные и (или) наследственные заболевания**

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 19 «Право  
медицинской помощи» и статьей 20 «Информированное добровольное согласие на медицинское  
вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства» Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ  
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество – полностью)

Дата рождения « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.  
Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан (кем и когда) \_\_\_\_\_

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_

Адрес фактического проживания: \_\_\_\_\_

(указывается, если не совпадает с местом регистрации)

Контактный телефон, адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

**Этот раздел бланка заполняется только для лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:**

Я, \_\_\_\_\_

паспорт: \_\_\_\_\_, выдан:

являюсь законным представителем (**мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель**) ребенка или лица,  
признанного недееспособным: \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, дата рождения)

настоящим подтверждаю, что:

- Я даю своё информированное согласие на проведение скринингового исследования на муковисцидоз, аденогенитальный синдром, врожденный гипотиреоз, галактоземию, наследственные заболевания обмена веществ, спинальную мышечную атрофию, первичные иммунодефициты (далее – скрининговое исследование) ребёнку мужского/женского пола, рождённому \_\_\_\_\_  
(дата и время рождения)

№ медицинского свидетельства о рождении (при его наличии) \_\_\_\_\_

- Я даю свое согласие на получение информации от врача о скрининговом исследовании любыми из указанных выше способов, включая открытые каналы связи (телефон, электронная почта) при положительном результате теста или необходимости дополнительных исследований.
- Я получил(-а) и прочитал(-а) памятку «Неонатальный и расширенный неонатальный скрининг» и подтверждаю, что мне понятно значение всех терминов и информации, изложенных в ней.

- Я был(-а) проинформирован(-а) о порядке проведения скрининговых исследований, сроках готовности результата и ограничениях скрининговых исследований.
  - Я даю свое согласие на хранение образцов пятен крови и/или выделенной ДНК ребёнка, полученных в ходе данного исследования, для проведения дополнительных исследований в случае необходимости.
  - Я даю свое согласие на использование образцов пятен крови ребёнка и/или выделенной ДНК (в анонимном виде) для проведения научных исследований  
Я осознаю, что исследование, может быть, не проведено по техническим причинам (о чем я буду информирован(-а) или его результаты могут быть недостоверными вследствие ограничений методики, и я обговорил(-а) с лечащим врачом все вероятные риски, которые могут быть с этим связаны.
  - Я предупрежден(-а) о том, что в редких случаях может потребоваться повторное взятие крови на тест-бланк и/или образца цельной крови, предоставление образца мочи.
  - Я информирован(-а), что в случае высокого риска наличия заболевания у ребёнка, выявленного в результате скринингового исследования, необходимо проведение дополнительных подтверждающих исследований, что потребует дополнительного обследования ребёнка, а также при некоторых заболеваниях обследования родителей ребёнка.
  - Я даю свое согласие на предоставление результатов скринингового исследования специалистам медико-генетической службы (ФГБНУ «МГНЦ им. акад. Н. П. Бочкова», Центра расширенного неонатального скрининга ГАУЗ СО «КДЦ ОЗМР», медико-генетической консультации ГБУ «Перинатальный центр») и/или детской поликлиники или стационара по месту рождения или пребывания ребёнка, а также главным специалистам по профилю заболевания, а также подтверждаю, что в случае необходимости повторного исследования или выявления высокого риска наличия заболевания, вышеуказанные специалисты смогут связаться со мной.
  - Я осознаю, что при необходимости повторного взятия крови или проведения уточняющей (подтверждающей) диагностики, отказ или задержка выполнения этих процедур, возникшая по моей вине, может негативно повлиять на состояние здоровья ребёнка.
  - Я даю своё согласие на обработку моих персональных данных и персональных данных ребёнка (ФИО, паспортные данные, данные свидетельства о рождении, контактный телефон, адрес электронной почты), включая информацию о состоянии здоровья и результатов исследования.
  - Я полностью понимаю суть изложенного выше текста, не имею претензий к специалисту (медицинскому работнику) относительно доступности и объёма предоставленной мне информации.
  - Я имел(-а) возможность обсудить со специалистом медицинского учреждения, где будет осуществляться забор крови, все интересующие меня вопросы о скрининговом исследовании и получил(-а) удовлетворяющие меня, исчерпывающие и однозначные ответы на все вопросы.
  - В случае выявления высокого риска наличия или при подтверждении заболевания со мною смогут связаться специалисты Медико-генетической консультации или стационара по телефону, адресу электронной почты, указанными в настоящем согласии.
  - Я предупрежден(-а) о возможных рисках, существующих при передаче информации по телефону, в том числе:
    - о возможностях доступа третьих лиц к направляемой информации в процессе её передачи, а также в результате указания неправильного номера телефона;
    - существует вероятность неполучения информации по различным причинам, которые не зависят от передающего информацию (технические и другие причины);
  - Я предупрежден (-а) о возможных рисках, существующих при передаче информации по электронной почте, в том числе:
    - о возможностях доступа третьих лиц к направляемой информации в процессе её передачи, а также в результате указания неправильного адреса электронной почты;
    - существует вероятность неполучения информации по различным причинам, которые не зависят от отправителя (электронная почта переполнена, заблокирована или недоступна, настройка и правила обработки сообщений электронной почты на почтовом сервере не позволяют принимать сообщения интернет-домена отправителя, технические и другие причины).
    - обработка персональных данных представляет собой сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновления, изменения), извлечение, передачу (распространение, предоставление доступа), использование, обезличивание, блокирование, удаление или уничтожение персональных данных.
- Настоящим я обязуюсь не предъявлять претензий к специалистам Медико-генетической консультации, поликлиники, стационара Курганского областного перинатального центра при даче мной согласия на получение результатов исследования по электронной почте при возникновении вышеуказанных ситуаций, а также при недоступности связи по указанному (-ым) мной номеру (-ам) телефона (-ов) для связи.

Я полностью понимаю суть изложенного выше текста, не имею претензий к специалисту (медицинскому работнику) относительно доступности и объёма предоставленной мне информации.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

(Подпись, Фамилия И.О. пациента/законного представителя)

**ПРИМЕЧАНИЕ:**

Согласие на медицинское вмешательство (лечение) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

При отсутствии законных представителей решение о необходимости лечения принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача или руководителя отделения, гражданина, в отношении которого проведено медицинское вмешательство, одного из родителей или иного законного представителя, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача или руководителя отделения, гражданина, в отношении которого проведено медицинское вмешательство, одного из родителей или иного законного представителя, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача.

Медицинский работник \_\_\_\_\_ (подпись)  
(Должность, И.О. Фамилия)



“ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

**Форма**

**Информированный добровольный отказ  
от проведения неонатального и расширенного неонатального скрининга  
на врожденные и (или) наследственные заболевания**

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 19 «Право  
медицинской помощи» и статьей 20 «Информированное добровольное согласие на медицинское  
вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства» Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ  
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество – полностью)

Дата рождения « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.  
Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан (кем и когда) \_\_\_\_\_

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_

Адрес фактического проживания: \_\_\_\_\_

(указывается, если не совпадает с местом регистрации)

Контактный телефон, адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

**Этот раздел бланка заполняется только для лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:**

Я, \_\_\_\_\_

паспорт: \_\_\_\_\_, выдан:

являюсь законным представителем (**мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель**) ребенка или лица,  
признанного недееспособным: \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, дата рождения)

№ медицинского свидетельства о рождении ребёнка (при наличии) \_\_\_\_\_

Я был(-а) проинформирован(-а) о цели, задачах и порядке проведения скринингового исследования и подтверждающей диагностики на муковисцидоз, адреногенитальный синдром, врожденный гипотиреоз, галактоземию, наследственные заболевания обмена веществ, спинальную мышечную атрофию, первичные иммунодефициты, сроках готовности результата и ограничениях скрининговых исследований, а также принял(-а) во внимание, что скрининговое исследование проводится в первую неделю жизни ребёнка.

Я имел(-а) возможность обсудить со специалистом медицинского учреждения, где может осуществляться забор крови, все интересующие меня вопросы о скрининговом исследовании и получил(-а) удовлетворившие меня, исчерпывающие и однозначные ответы.

Я прочитал(-а) памятку «Неонатальный и расширенный неонатальный скрининг» о скрининговом исследовании и подтверждаю, что мне понятно значение всех терминов и информации, изложенных в ней.

Я информирован(-а) что при отказе от обследования ребёнка диагноз наследственного и (или) врожденного заболевания будет поставлен несвоевременно и лечение будет начато поздно, что приведет к негативным последствиям для его здоровья, вплоть до гибели ребёнка. Мне даны разъяснения о возможных негативных

последствиях в случае несвоевременной постановки диагноза.

Несмотря на полученные мной разъяснения, я отказываюсь от неонатального скрининга / ретеста / подтверждающей диагностики (необходимое подчеркнуть) ребёнку \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество ребенка – полностью, дата рождения)

и всю ответственность за жизнь и здоровье ребёнка беру на себя. Подписывая данный документ своей подписью, я удостоверяю, что принятое мной решение является добровольным, текст «информированного добровольного отказа» мной прочитан, и на все возникшие у меня вопросы я получил(-а) ответы.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

(Подпись, Фамилия И.О. пациента/законного представителя)

**ПРИМЕЧАНИЕ:**

Согласие на медицинское вмешательство (лечение) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

При отсутствии законных представителей решение о необходимости лечения принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача или руководителя отделения, гражданина, в отношении которого проведено медицинское вмешательство, одного из родителей или иного законного представителя, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача.

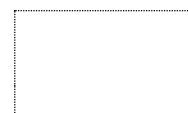
В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача или руководителя отделения, гражданина, в отношении которого проведено медицинское вмешательство, одного из родителей или иного законного представителя, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача.

Медицинский работник \_\_\_\_\_ (подпись)  
(Должность, И.О. Фамилия)



“ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

Медицинский работник \_\_\_\_\_ (подпись)  
(Должность, И.О. Фамилия)



“ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

**Форма**

**Информированное добровольное согласие на проведение профилактических прививок  
или отказ от них**

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 19 «Право  
медицинской помощи» и статьей 20 «Информированное добровольное согласие на медицинское  
вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства» Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ  
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество – полностью)

Дата рождения « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.  
Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан (кем и когда) \_\_\_\_\_

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_

Адрес фактического проживания: \_\_\_\_\_

(указывается, если не совпадает с местом регистрации)

Контактный телефон, адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

**Этот раздел бланка заполняется только для лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:**

Я, \_\_\_\_\_

паспорт: \_\_\_\_\_, выдан:

являюсь законным представителем (**мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель**) ребенка или лица,  
признанного недееспособным: \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, дата рождения)

**настоящим подтверждаю, что проинформирована врачом:**

- а) о том, что профилактическая прививка — это введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням;
- б) о необходимости проведения профилактической прививки, о возможных поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от неё;
- в) о медицинской помощи при проведении профилактических прививок, включающей обязательный медицинский осмотр несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет перед проведением прививки (а при необходимости медицинское обследование), который входит в Программу государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи и предоставляется в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно;
- г) о выполнении предписаний медицинских работников.

Я проинформирована о том, что в соответствии с п.2 ст.5 Федерального закона от 17.09.1998 г № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней», отсутствие профилактических прививок влечет:

1. Запрет для граждан на выезд в те страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами, либо международными договорами РФ требует конкретных профилактических прививок;
2. Временный отказ в приёме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае

возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;

3. Отказ в приеме граждан на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболеваний инфекционными заболеваниями (постановление Правительства РФ от 15.07.1999 г № 825 «Об утверждении перечня работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок»).

Я получила полную информацию о необходимости проведения профилактических прививок: против «гепатита В», против туберкулёза (БЦЖ-М)

Я имела возможность задать вопросы и на все вопросы получила исчерпывающие ответы о возможных прививочных реакциях и поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от них.

Я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов.

На проведение прививки против гепатита В \_\_\_\_\_ (согласна/отказываюсь)

На проведение прививки против туберкулеза (БЦЖ-М) \_\_\_\_\_ (согласна/отказываюсь)

---

(подпись, ФИО матери, законного представителя матери)

телефон: +7 \_\_\_\_\_

Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением профилактических прививок новорожденному, и дал ответы на все вопросы.

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Врач \_\_\_\_\_  
(Фамилия И.О., должность врача)

**ПРИМЕЧАНИЕ:**

Согласие на медицинское вмешательство (лечение) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений.

**Форма**

**Информированное добровольное согласие  
на процедуру подготовки шейки матки к родам и родовозбуждению**

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 19 «Право медицинской помощи», статьей 20 «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства», клинических рекомендаций «Подготовка шейки матки к родам и родовозбуждение» 2024 г.

**Я, Ф.И.О.** \_\_\_\_\_

подтверждаю, что в доступной мне форме получила информацию от врача о показаниях, противопоказаниях и методах проведения подготовки шейки матки и родовозбуждения.

Я предупреждена о рисках, связанных с продолжением беременности в моей клинической ситуации.

Я знаю, что подготовка шейки матки к родам может осуществляться как медикаментозными, так и механическими методами, и предупреждена о возможных побочных эффектах проводимой терапии (например, чувство дискомфорта внизу живота, слабость, головная боль, головокружение, тошнота, рвота, диарея (жидкий стул), гипертермия (повышен температуры), но все эти эффекты временные.

Я согласна приступить к подготовке к родам и родовозбуждению с использованием препаратов, действующей основой которых является мифепристон, при необходимости, использованием механического расширения шейки матки дилатационным катетером или гидроскопическими расширителями с последующим проведением амниотомии. Я знаю, что в 12-15% подготовка шейки матки и родовозбуждение может быть неэффективным и в этой ситуации для завершения беременности может быть предложена операция кесарево сечение.

Я поняла, что подготовка шейки матки включает в себя перечисленные ниже методики, и согласна на использование следующих методов (**подчеркнуть выбранные и поставить подпись**):

- приём 2-х таблеток Мифепристона, по одной таблетке с интервалом в 24 часа (при целом плодном пузыре) или с интервалом в 6 часов (при излившихся околоплодных водах) \_\_\_\_\_ (**подпись**);
- введение дилатационного катетера в шейку матки на 12 часов с последующим вскрытием плодного пузыря и/или внутривенном капельным введением окситоцина \_\_\_\_\_ (**подпись**);
- механическое отслоение нижнего полюса плодного пузыря от стенок матки в области нижнего маточного сегмента при влажалищном исследовании \_\_\_\_\_ (**подпись**);
- родовозбуждение путем вскрытия плодного пузыря \_\_\_\_\_ (**подпись**).

Я предупреждена, что мероприятия по подготовке к родам и родовозбуждению могут сопровождаться клиническим и мониторным (осмотр врачом, кардиотокография, по решению врача ультразвуковое исследование, доплерометрия) контролем.

Я прочитала и понимаю всё, о чём говорится в данном информированном согласии.

На все свои вопросы я получила ответы.

Ф.И.О. \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Лечащий врач Ф.И.О. \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Приложение №17  
к приказу ГБУ «Перинатальный центр» от 26.02.2026 г. №95  
«Об утверждении порядка дачи информированного добровольного  
согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства,  
формы информированного добровольного согласия на медицинские вмешательства  
и формы отказа от медицинского вмешательства»

**Форма**

**Информированное добровольное согласие  
на операцию «хирургическая стерилизация»**

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 19 «Право медицинской помощи», статьей 20 «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства» и статьей 57 «Медицинская стерилизация» Федерального закона от 21.11.2011г.№ 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

В соответствии с пунктом 1 статьи 57 «Медицинская стерилизация» Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», медицинская стерилизация как метод контрацепции может быть проведена только по письменному заявлению гражданина в возрасте старше тридцати пяти лет или гражданина, имеющего не менее двух детей.

Я, Ф.И.О. \_\_\_\_\_

нижеподписавшаяся, прошу во время проведения операции кесарева сечения сделать мне хирургическую стерилизацию посредством перевязки маточных труб.

Я, обращаюсь с этой просьбой по доброй воле без принуждения или чьего-либо давления.

Я знаю, что:

существуют временные методы контрацепции, предлагаемые мне и моему партнеру;

- мне сделают хирургическую операцию, детали которой мне разъяснили в доступной форме;
- данная хирургическая операция связана с определенным риском для здоровья, а также с преимуществами: и с теми, и с другими меня ознакомили;
- меня поставили в известность о возможности неудачи;
- если операция пройдет успешно, я больше не смогу иметь детей;
- предполагается, что операция даст необратимый результат;
- я могу отказаться от операции в любое время до ее выполнения и при этом не лишусь медицинской помощи и других преимуществ и услуг.

Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

врач Ф.И.О. \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Форма**

**Информированное добровольное согласие  
на применение дексаметазона для профилактики респираторного дистресс-синдрома (РДС)  
новорожденных**

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 19 «Право медицинской помощи» и статьей 20 «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства» Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», клинических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации «Преждевременные роды» 2024 г, «Истмико-цервикальная недостаточность» 2024г.

**Я, Ф.И.О.** \_\_\_\_\_

Даю свое согласие на применение лекарственного препарата дексаметазона с целью профилактики РДС новорожденного.

РДС новорожденного представляет собой расстройство дыхания у детей в первые дни жизни, обусловленные дефицитом сурфактанта и незрелостью легких. РДС является наиболее частой причиной возникновения дыхательной недостаточности в раннем неонатальном периоде у недоношенных новорожденных.

В соответствии с клиническими рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации «Преждевременные роды» от 2024 г. и клиническими рекомендациями «Истмико-цервикальная недостаточность» от 2024 г. с целью антенатальной профилактики РДС плода/ плодов (при многоплодной беременности), при угрожающих или начавшихся преждевременных родах и/или преждевременном разрыве плодных оболочек с 24,0 – 33,6 недель беременности рекомендовано внутримышечное введение дексаметазона в дозе 6 мг 4 раза с интервалом 12 часов или в дозе 12 мг 2 раза с интервалом 24 часа.

Профилактика РДС плода в 34,0-35,6 недель беременности может быть рекомендована в случае отсутствия ранее проводимого курса антенатальной профилактики, а также при наличии клинической целесообразности (сахарных диабет).

Беременность не является противопоказанием для назначения дексаметазона. Поскольку адекватные исследования репродуктивной функции человека с применением глюкокортикостероидов не проводилось, использование лекарственных средств во время беременности или у женщин детородного возраста требует, чтобы преимущества превышали риск для матери и эмбриона или плода.

Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение данного медицинского вмешательства. Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено и мне полностью понятно, что я и удостоверяю своей подписью.

Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

врач Ф.И.О. \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Форма**

**Информированное добровольное согласие  
на проведение токолитической терапии нифедипином**

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 19 «Право медицинской помощи» и статьей 20 «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства» Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», клинических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации «Преждевременные роды» 2024 г.

Я, ФИО \_\_\_\_\_, (дата рождения) \_\_\_\_\_ года рождения, настоящим подтверждаю своё добровольное согласие на проведение токолиза нифедипином.

В соответствии с клиническими рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации «Преждевременные роды» от 2024 г. первая линия токолитической терапии – нифедипин. Я подтверждаю, что мне разъяснено, что нифедипин не зарегистрирован в качестве токолитического средства, но является на сегодняшний день перспективным препаратом для токолитической терапии вследствие меньшей выраженности побочных эффектов со стороны беременной и плода, и доказаны его преимущества по сравнению с другими токолитическими препаратами. Вследствие его применения пролонгируется беременность, что позволяет провести профилактику синдрома дыхательных расстройств плода, а также снижается частота неонатальных осложнений – некротизирующего энтероколита, внутрижелудочкового кровоизлияния, неонатальной желтухи (методическое письмо Заместителя Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации В.И. Скворцовой №15-0/102-12700 от 16.12.2011г.).

Мне разъяснено, что при приеме нифедипина возможны следующие побочные эффекты:

- гипотензия (крайне редко проявляется у пациентов с гипотонией);
- тахикардия;
- головные боли, головокружение, тошнота.

Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

врач Ф.И.О. \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Форма**

**Информированное добровольное согласие  
на проведение обследования на ВИЧ-инфекцию**

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 19 «Право медицинской помощи» и статьей 20 «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства» Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», клинических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации «ВИЧ-инфекция у беременных» 2025 г.

Я, ФИО \_\_\_\_\_, (дата рождения) \_\_\_\_\_ года рождения, 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. Для этой цели я соглашаюсь сдать анализ крови.

Я подтверждаю, что мне разъяснено, почему важно пройти тестирование на ВИЧ, как проводится тест и какие последствия может иметь тестирование на ВИЧ.

Я проинформирована, что:

- тестирование на ВИЧ проводится в Центре 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 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 незащищенных сексуальных контактах;

- от инфицированной ВИЧ матери к ребенку во время беременности, родов и при грудном вскармливании.

Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

врач Ф.И.О. \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Приложение №21  
к приказу ГБУ «Перинатальный центр» от 26.02.2026 г. №95  
«Об утверждении порядка дачи информированного добровольного  
согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства,  
формы информированного добровольного согласия на медицинские вмешательства  
и формы отказа от медицинского вмешательства»

Форма

**Информированное добровольное согласие  
на прием лекарственного средства – ацетилсалициловой кислоты  
в периоде беременности off label «не по инструкции»**

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 19 «Право медицинской помощи» и статьей 20 «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства» Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», клинических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации «Преэклампсия. Эклампсия. Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде» 2024 г, Недостаточный рост плода, требующий предоставления медицинской помощи матери (задержка роста плода) 2025г.

Я, ФИО \_\_\_\_\_, (дата рождения) \_\_\_\_\_  
года рождения,

\_\_\_\_\_ (адрес  
регистрации), проживающей по адресу \_\_\_\_\_ (адрес  
фактического места жительства), в государственном бюджетном медицинском учреждении «Курганский областной перинатальный центр» согласна выполнять клинические рекомендации по ежедневному приему ацетилсалициловой кислоты перорально, вечерний прием в дозировке 150 мг/сутки с 12 недели беременности по 36 неделю, включенных в утвержденные в 2024 г. Министерством здравоохранения Российской Федерации клинические рекомендации «Преэклампсия. Эклампсия. Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде», Недостаточный рост плода, требующий предоставления медицинской помощи матери (задержка роста плода) 2025г.

Медицинским работником

\_\_\_\_\_ (должность, ФИО медицинского работника)

В доступной для меня форме мне разъяснены цели назначения препарата ацетилсалициловой кислоты с 12 недель и до 36 недель беременности per os в дозировке 150 мг/сут вечерний прием, в также объяснена вероятность развития осложнений, в случае отказа от приема данного препарата.  
Мне разъяснено, что я имею право в дальнейшем отказаться от данного информированного добровольного согласия.

Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

врач Ф.И.О. \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Лист ознакомления**

с приказом «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинские вмешательства и формы отказа от медицинского вмешательства»

1	Русанова Е.В.	26.02.26г	
2	Горячок И.Г.	26.02.26г	
3	Чесноков С.К.	26.02.26г	
4	Павельева О.П.	26.02.26г	
5	Нецветова Г.М.	26.02.26г	
6	Калева Э.М.	26.02.26г	
7	Куприянова Н.В.	26.02.26г	
8	Долидзе И.Р.	26.02.26г	
9	Поздина Г.П.	26.02.26г	
10	Антонова А.В.	26.02.26г	
11	Чирков Р.Ю.	26.02.26г	
12	Сидоренко В.И.	26.02.26г	
13	Кубарев В.Л.	26.02.26г	
14	Помялов А.В.	26.02.26г	
15	Альбекова К.Е.	26.02.26г	
16	Герлянская М.А.	26.02.26г	