

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

КГП на ПХВ
«Больница скорой медицинской помощи» УЗ ОА

ППС.5.2-ПРВ.011.26

КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА	Документированная процедура Правила получения информированного согласия на проведение инвазивных, лечебных и диагностических процедур	Код: ППС.5.2-ПРВ.011.26
		Версия: 3 от 06.01.2026
		Страница 3 из 20

Оглавление

Назначение

1 Область применения

2 Термины, определения и сокращения

3 Ответственность и полномочия

4 Ресурсы/оснащение

5 Описание.

6 Документирование

7 Ссылки

8 Приложения

Лист регистрации изменений

Лист ознакомления

КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА	Документированная процедура Правила получения информированного согласия на проведение инвазивных, лечебных и диагностических процедур	Код: НПС.5.2-ПРВ.011.26
		Версия: 3 от 06.01.2026
		Страница 4 из 20

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

1. Назначение:

Обеспечение соблюдения прав пациента при получении информированного согласия пациента на оказание помощи в КГП на ПХВ «Больница скорой медицинской помощи» УЗ ОА (далее - БСМП).

2. Область применения:

Все клинические, лабораторные и диагностические отделения

3. Термины, определения и сокращения:

3.1 Термины

Термины и определения, применяемые в настоящих правилах, соответствуют ISO 9000-2015 Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь.

3.2 Определения

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

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

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

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

3.3 Сокращения

КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА	Документированная процедура Правила получения информированного согласия на проведение инвазивных, лечебных и диагностических процедур	Код: ППС.5.2-ПРВ.011.26
		Версия: 3 от 06.01.2026
		Страница 5 из 20

3.3.1. JCI – Joint Commission International (Объединенная международная комиссия).

3.3.2. КМИС – Комплексная медицинская информационная система

3.3.3. БСМП - Больница скорой медицинской помощи

3.3.4. МЦБП – Международные цели безопасности пациентов.

3.3.5. РК – Республика Казахстан

3.3.6. КГП на ПХВ – казенное государственное предприятие на правах хозяйственного ведения

3.3.7. СМК - система менеджмента качества

3.3.8. ДП - документированная процедура

3.3.9. ISO (ИСО) – International Standard Organization

3.3.10. СТ – стандарт

Применяемые сокращения соответствуют Руководству по качеству и СМК-ДП.7.5.3.19 Документированная процедура. Управление документированной информацией.

4. Ответственность:

4.1. Выполнение Правил обязательно для всех сотрудников БСМП, которые берут (или должны взять) у пациента письменное информированное согласие на предлагаемую процедуру или метод лечения и диагностики.

4.2. Доверенное лицо пациента, принявшее решение отказаться от диагностики и лечения, и подписавшее форму «Информированный отказ от осмотра и лечения» несет ответственность за жизнь и безопасность пациента.

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

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

6. Описание

6.1. Процедура получения информированного согласия пациента:

6.1.1. Сотрудники БСМП поддерживают права пациента и семьи на участие в процессе лечения через получение информированного согласия пациента.

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

- предполагаемом лечении: метод, тактика, объем;

КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА	Документированная процедура Правила получения информированного согласия на проведение инвазивных, лечебных и диагностических процедур	Код: ППС.5.2-ПРВ.011.26
		Версия: 3 от 06.01.2026
		Страница 6 из 20

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

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

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

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

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

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

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

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

6.1.10. Врач берет информированное согласие в пределах компетентности.

6.2. Отказ от осмотра и лечения:

6.2.1. Пациенты информируются о правах и обязанностях при отказе от лечения или прекращении лечения.

6.2.2. Пациент и члены семьи имеют право обратиться за сторонним мнением без страха изменения отношения со стороны персонала.

КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА	Документированная процедура Правила получения информированного согласия на проведение инвазивных, лечебных и диагностических процедур	Код: ППС.5.2-ПРВ.011.26
		Версия: 3 от 06.01.2026
		Страница 7 из 20

6.2.3. Пациенты информируются о последствиях своего решения, о возможных альтернативных методах лечения;

6.2.4. При отказе пациента (или законного представителя, члена семьи) от лечения пациента против рекомендаций врача; отказе от процедуры или предложенного лечения против рекомендации врача, прерывании запланированного курса лечения (отпуск домой) против или с согласия врача, врач информирует пациента или законного представителя о возможных последствиях, в т.ч., негативных последствиях для здоровья пациента и о показаниях для немедленного обращения за медицинской помощью. Пациент/законный представитель решение документирует в форме «Информированный отказ от осмотра и лечения» (см. Приложение 4).

7. Документирование

Формы информированных согласий.

8. Ссылки:

8.1. Конституция Республики Казахстан (принята на республиканском референдуме 30 августа 1995 года) (с изменениями и дополнениями по состоянию на 10.03.2017 г.) (Статья 29);

8.2. Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 04.07.2018 г.);

8.3. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 21 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-299/2020. «Об утверждении правил аккредитации в области здравоохранения»

8.4. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 ноября 2021 года № ҚР ДСМ – 111 «Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций»

8.5. Стандарты аккредитации Международной объединенной комиссии (Joint Commission International Accreditation Standards for Hospital – 7th Edition) для больниц, 7-е издание, 2021., США.

9. Приложения

9.1. Приложение 1. Перечень случаев, требующих информированного согласия пациента (Пример).

9.2. Приложение 2. ИНВАЗИВНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ ВЫСОКОГО РИСКА

КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА	Документированная процедура Правила получения информированного согласия на проведение инвазивных, лечебных и диагностических процедур	Код: ППС.5.2-ПРВ.011.26
		Версия: 3 от 06.01.2026
		Страница 8 из 20

9.3. Приложение 3. Информированное согласие пациента на стационарное лечение. Приложение 3. 1. Письменное добровольное согласие пациента при инвазивных вмешательствах.

9.4. Приложение 4. Отказ пациента или законного представителя пациента от предложенных медицинских вмешательств.

КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА	Документированная процедура Правила получения информированного согласия на проведение инвазивных, лечебных и диагностических процедур	Код: ППС.5.2-ПРВ.011.26
		Версия: 3 от 06.01.2026
		Страница 9 из 20

Приложение 1

Перечень случаев, требующих информированного согласия пациента **ПРИМЕР**

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

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

КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА	Документированная процедура Правила получения информированного согласия на проведение инвазивных, лечебных и диагностических процедур	Код: ППС.5.2-ПРВ.011.26
		Версия: 3 от 06.01.2026
		Страница 10 из 20

Приложение 2

ИНВАЗИВНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ ВЫСОКОГО РИСКА

(требуется информированное согласие)

ПРИМЕР

№	Название процедуры	Анест. 1	Марк. 2	Тайм-аут ³	Мониторинг состояния пациента и документация
1.	Первичная хирургическая обработка раны	+/- ⁴	- ⁵	+ ⁶	<u>До начала процедуры:</u> оценка состояния врачом; <u>В течение:</u> оценка состояния врачом; <u>После:</u> оценка состояния врачом, признаки местного кровотечения
2.	Лапароцентез	+	+	+	<u>До начала:</u> АД, Ps, ЧД, t, SpO ₂ <u>В течение:</u> оценка состояния врачом; <u>После:</u> по указанию врача средний медперсонал следит за состоянием
3.	Лапароскопия	+	+	+	<u>До начала:</u> АД, Ps, ЧД, t, SpO ₂ <u>В течение:</u> оценка состояния врачом; <u>После:</u> по указанию врача средний медперсонал следит за состоянием
4.	Интубация трахеи (при переинтубации)	+	-	+	<u>До начала:</u> АД, Ps, ЧД, t, SpO ₂ уровень сознания. <u>После:</u> аускультация легких, АД, Ps, SpO ₂
5.	Пункция плевральной полости	-	+	+	<u>До начала:</u> АД, Ps, ЧД, t, SpO ₂ <u>После:</u> по указанию врача средний медперсонал следит за состоянием
6.	Люмбальная пункция	+/-	+	+	<u>До начала:</u> АД, Ps, t. <u>В течение:</u> оценка состояния врачом (получение ликвора) <u>После:</u> АД, Ps
7.	Люмбальная пункция с катетеризацией эпидурального пространства	+/-	+	+	<u>До начала процедуры:</u> АД, Ps, t. <u>В течение процедуры:</u> оценка состояния врачом (получение ликвора) <u>После окончания процедуры:</u> АД, Ps, t
8.	Чрезкожная пункция «ликворной подушки» - подпапневротического	+/-	-	-	<u>До начала:</u> АД, Ps, t, ЧД <u>В течение:</u> оценка состояния врачом (получение ликвора) <u>После:</u> АД, Ps, t, ЧД

¹ необходимо анестезиологическое пособие

² необходима маркировка места

³ необходим документированный тайм-аут

⁴ возможно (определяется врачом)

⁵ не требуется

⁶ требуется

КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА	Документированная процедура Правила получения информированного согласия на проведение инвазивных, лечебных и диагностических процедур	Код: ППС.5.2-ПРВ.011.26
		Версия: 3 от 06.01.2026
		Страница 11 из 20

	скопления cerebro- спинальной жидкости				
9.	Перидуральная блокада	+	–	+	<u>До начала:</u> оценка состояния врачом. <u>В течение:</u> оценка состояния врачом. <u>После:</u> оценка состояния врачом
Эндоскопические исследования					
10.	ФГДС, бронхоскопия	+	–	+	<u>До начала:</u> АД, Ps, t, ЧД <u>В течение:</u> оценка состояния врачом; <u>После:</u> по указанию врача оценка м/с
Офтальмолог					
11.	Парабульбарная инъекция	–	+	+	<u>До начала:</u> АД, Ps, t. <u>В течение процедуры:</u> оценка врачом; <u>После проведения процедуры:</u> АД, Ps
12.	Субконъюнктивальна я инъекция	+	+	+	<u>До начала:</u> АД, Ps, t. <u>В течение:</u> оценка врачом; <u>После:</u> АД, Ps
13.	Ретробульбарная инъекция	–	+	+	<u>До начала процедуры:</u> АД, Ps, t. <u>В течение процедуры:</u> оценка врачом; <u>После проведения процедуры:</u> АД, Ps
Лор-врач					
14.	Трахеостомия	+	+	+	<u>До начала:</u> однократно ЧД, АД, Ps, t, SpO ₂ по монитору без документации. <u>В течение:</u> однократно аускультация легких; ЧД, АД, Ps, t, SpO ₂ по монитору без документации. При отсутствии монитора в протоколе трахеотомии указать ЧД, АД, Ps, t.
15.	Пункция гайморовой пазухи	+	–	+	<u>До начала:</u> АД пациентам с гипертензией <u>В течение процедуры:</u> опрос (головокружение, ощущения) <u>После:</u> опрос (головокружение, ощущения), АД пациентам с гипертензией
16.	Пункция лобной пазухи	+	+	+	<u>До начала:</u> АД пациентам с гипертензией <u>В течение процедуры:</u> опрос (головокружение, ощущения) <u>После:</u> опрос (головокружение, ощущение), АД пациентам с гипертензией
17.	Вскрытие фурункула лор-органов	+	–	+	<u>До начала, в течение:</u> оценка состояния врачом; <u>После:</u> опрос (головокружение, ощущения), запрещается сразу вставать
18.	Вскрытие гематом лор-органов	+	–	+	<u>До начала, в течение:</u> оценка состояния врачом; <u>После:</u> опрос (головокружение, ощущения), запрещается сразу вставать

КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА	Документированная процедура Правила получения информированного согласия на проведение инвазивных, лечебных и диагностических процедур	Код: ППС.5.2-ПРВ.011.26
		Версия: 3 от 06.01.2026
		Страница 12 из 20

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

ОПЕРАЦИИ

ПРИМЕР

№	Название операции	Анест	Марк.	Тайм-аут	Мониторинг состояния пациента и документация
1	Операции на головном мозге	+	+	+	<u>До начала:</u> ЧД, АД, Ps, t, SpO ₂ (прединдукционный осмотр анестезиолога) <u>В течение:</u> ЧД, АД, Ps, t, SpO ₂ каждые 10 мин. (карта операционного периода) <u>После:</u> записи в палате пробуждения/ОАРИТ по формам
2	Все эндоваскулярные операции	+	–	+	<u>До начала:</u> ЧД, АД, Ps, t, SpO ₂ (прединдукционный осмотр анестезиолога) <u>В течение:</u> ЧД, АД, Ps, t, SpO ₂ каждые 10 мин. (карта операционного периода) <u>После:</u> записи в палате пробуждения/ОАРИТ по формам
3	Операции на спинном мозге	+	+	+	<u>До начала:</u> ЧД, АД, Ps, t, SpO ₂ (прединдукционный осмотр анестезиолога) <u>В течение:</u> ЧД, АД, Ps, t, SpO ₂ каждые 10 мин. (карта операционного периода) <u>После:</u> записи в палате пробуждения/ОАРИТ по формам
4	Операции на опорно-двигательной системе	+	+	+	<u>До начала:</u> ЧД, АД, Ps, t, SpO ₂ (прединдукционный осмотр анестезиолога) <u>В течение:</u> ЧД, АД, Ps, t, SpO ₂ каждые 10 мин. (карта операционного периода)

КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА	Документированная процедура Правила получения информированного согласия на проведение инвазивных, лечебных и диагностических процедур	Код: ППС.5.2-ПРВ.011.26
		Версия: 3 от 06.01.2026
		Страница 13 из 20

					После: записи в палате пробуждения/ОАРИТ по формам
--	--	--	--	--	---

Приложение 3

Пациенттің стационарлық емдеуге ақпараттық келісімі Информированное согласие пациента на стационарное лечение

Пациент: _____

Туған күні (Дата рождения): _____

Келісім беремін өзіме/ балама/ туысыма/ қамқорыма (керекті астын сызыңыз)
стационарлық емдеуге (Даю свое согласие на проведение себе / ребенку / родственнику
/попечителю (нужное подчеркнуть) стационарного лечения в):

КГП на ПХВ "Больница скорой медицинской помощи г. Семей" УЗ ВКО

1. Мен өзімнің жағдайым (баланың, туыстың, қамқордың жағдайы) туралы, тексеріліп-қаралу, емдеу, емдеуге жатқызу қажеттілігі (керекті астын сызыңыз) туралы хабардармын. (Я информирован(а) о своем состоянии (состоянии ребенка, родственника, попечителя), о необходимости обследования, лечения, госпитализации (нужное подчеркнуть)).
2. Мен мемлекеттің тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінен тыс қосымша қызметтерді, дәрілік заттарды және медициналық мақсаттығы бұйымдарды жеке қаражат, ерікті сақтандыру немесе басқа рұқсат берілген көздердің есебінен ұсынылатындығы туралы ескерілдім. (Я уведомлен(а) о том, что дополнительные услуги, лекарственные средства и изделия медицинского назначения сверх гарантированного объема медицинской помощи государством, предоставляются за счет собственных средств, добровольного страхования или иных незапрещенных источников).
3. Маған түсінікті түрде тексеріліп-қаралудың және емдеудің мақсаты мен балама әдістері, сондай-ақ менің тексеріліп-қаралудан және емделуден бас тарту себептерімнен мүмкін болатын салдар түсіндірілді. (Мне в доступной форме разъяснена цель и альтернативные методы обследования и лечения, а также возможные последствия моего отказа от обследования и лечения).
4. Мен диагноз және емдеу туралы балама пікір алу үшін басқа дәрігерге/ басқа ұйымға жүгіну құқығым бар екенін білемін. (Я знаю о праве обратиться к другому врачу/ в другую организацию для получения альтернативного мнения о диагнозе и лечении).
5. Маған денсаулыққа тәуекел келтіретін жағдайлар туралы хабарлағанда және ұсынылған әрекеттерден жазбаша бас тартуға қол қойып, тексеріліп-қаралудан және емделуден бас тарту құқығым бар екенін білемін. (Я знаю о праве отказаться от обследования и лечения при информировании меня о рисках для здоровья и подписании мной письменного отказа от предложенных вмешательств).

Мен (Я) _____

(келесі медициналық араласуларды жүргізуге ерікті түрде келісім беремін (оперативті емдеу, қан және оның компоненттерін құю, медициналық араласуларға анестезиологиялық қамтамасыз ету және басқа да емшаралар мен манипуляциялар)(даю добровольное согласие на проведение следующих видов медицинского вмешательства (переливание крови и ее компонентов, оперативное лечение, анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства и других процедур и манипуляций)):

КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА	Документированная процедура Правила получения информированного согласия на проведение инвазивных, лечебных и диагностических процедур	Код: ППС.5.2-ПРВ.011.26 Версия: 3 от 06.01.2026 Страница 14 из 20
----------------------------	---	---

6. Менің емімді менің емдеу дәрігерім үйлестіретінін білемін (Я знаю о том, что мое лечение координируется моим лечащим врачом).
7. Мендегі (баладағы, туыстағы, қамқордағы) бар және маған белгілі денсаулық проблемалары, аллергиялар, жақпайтын дәрі-дәрмектер, өткен немесе осы уақыттағы инфекциялық гепатиттің, туберкулездің, венерологиялық аурулардың (оның ішінде мерез және АИТВ-инфекциясы), сондай-ақ алкогольді асыра пайдалану және/ немесе есірткі препараттарына құмартушылық туралы дәрігерге хабарлау менің мүддемде екенін білемін. (Я знаю, что в моих интересах сообщить врачу обо всех имеющихся у меня (ребенка, родственника, подопечного) и известных мне проблемах со здоровьем, аллергиях, непереносимости лекарств, о наличии в прошлом или в настоящее время инфекционного гепатита, туберкулеза, венерических заболеваний (в том числе сифилиса и ВИЧ-инфекции), а также о злоупотреблении алкоголем и/или пристрастии к наркотическим препаратам).
8. Менде (балада, туыста, қамқоршыда) (Я сообщаю о том, что у меня (ребенка, родственника, подопечного):
- ☐ Аллергия жоқ (Нет аллергии)
- ☐ (Есть аллергия на): аллергия бар. _____
9. Дәрігердің ұсыныстарын бұзу, режимді сақтамау (Я понимаю, что нарушение врачебных рекомендаций, несоблюдение режима), КГП на ПХВ "Больница скорой медицинской помощи г. Семей" УЗ ВКО сондай-ақ денсаулықтың жағдайы туралы ақпаратты жасыру жергілікті, жалпы асқынуларға және қолайсыз жағдайларға әкелуі мүмкін екенін түсінемін (а также сокрытие информации о состоянии здоровья может привести к местным и общим осложнениям и другим неблагоприятным последствиям).
10. Денсаулығымға қауіп келтіретін күтпеген асқынулар мен жағдайлар пайда болғанда, ол туралы маған хабарлаумен тексеріп-қарау, емдеу жоспарының тәсілін өзгертуге, сондай-ақ оны орындаудан бас тартуға келісім беремін (В случае возникновения во время обследования и лечения непредвиденных осложнений и состояний, угрожающих моему здоровью, даю согласие на изменение тактики, плана обследования, лечения, включая отказ от его выполнения, с последующим информированием меня об этом).
11. Денсаулық сақтаудың электрондық ақпараттық ресурстарын қалыптастыру мен пайдалану мақсатында пациент туралы кейіптенген мәліметтерді ұсынуға ерікті келісім беремін (Я даю добровольное согласие на предоставление сведений персонализированного характера о пациенте с целью формирования и использования электронных информационных ресурсов здравоохранения).
12. Менің (баланың, туыстың) денсаулық жағдайы, өткізілетін тексеріп-қарау мен емдеу, олардың нәтижелері туралы кез келген ақпаратты мына адамдарға хабарлауға рұқсат беремін (Любую информацию о состоянии моего (ребенка, родственника) здоровья, проводимом обследовании и лечении, их результатах я разрешаю сообщать следующим лицам):

Хабарлауға рұқсат берген адамның Т.А.Ә. (болған жағдайда)/ Ф.И.О.(при наличии) лица, которому вы разрешаете сообщать о ходе лечения)	Пациентке туыстық/ қарым- қатынас жақындығы (Родство/отношение к пациенту)	Телефон

КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА	Документированная процедура Правила получения информированного согласия на проведение инвазивных, лечебных и диагностических процедур	Код: ППС.5.2-ПРВ.011.26
		Версия: 3 от 06.01.2026
		Страница 15 из 20

13. Егер пациенттің жасы 18-ден төмен болса, жоғарыда аталған телефондар бойынша жоғарыда аталған адамдардан мен болмаған жағдайда жоғары қауіпті емдеу және диагностикалық манипуляциялар жасауға қосымша келісім алуға рұқсат беремін (Если пациент младше 18 лет, даю разрешение получать дополнительные согласия на проведение лечебных и диагностических манипуляций высокого риска при моем отсутствии у вышеуказанных лиц по вышеуказанным телефонам): ИӨ (ДА) /ЖОҚ (НЕТ).

Мен осы құжаттың барлық тармақтарымен таныстым және олармен келісемін (Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа и согласен(а) с ними).

Қолы (Подпись): _____ Мерзімі (Дата): _____ Уақыты (Время): _____

Егер пациенттің туысы/ қамқоршысы/ заңды өкілі толтырса (Если заполнил родственник/опекун / законный представитель пациента):

Т.А.Ә. (Ф.И.О.): _____ Туыстық жақындығы _____

(Степень родства):
Дәрігер (Врач) _____ Мерзімі (Дата): _____
Уақыты (Время): _____

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

КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА	Документированная процедура Правила получения информированного согласия на проведение инвазивных, лечебных и диагностических процедур	Код: ППС.5.2-ПРВ.011.26
		Версия: 3 от 06.01.2026
		Страница 16 из 20

Приложение 3.1

Приложение к приказу Министра здравоохранения
и социального развития Республики Казахстан
от 20 мая 2015 года № 364

Письменное добровольное согласие пациента при инвазивных вмешательствах Я, (подчеркнуть) пациент/законный представитель:

_____,
(фамилия, имя, отчество (при его наличии) пациента/законного представителя)
находясь в _____

(наименование медицинской организации)

даю свое согласие на проведение (подчеркнуть): мне/лицу, законным
представителем которого я являюсь: _____

(фамилия, имя, отчество (при его наличии), дата рождения)
следующей процедуры: _____

(указать наименование процедуры)

1. Я информирован/(а) о целях, характере, неблагоприятных эффектах планируемого инвазивного вмешательства, согласен(на) со всеми подготовительными и сопровождающими возможными анестезиологическими мероприятиями, а также с необходимыми побочными вмешательствами. Я предупрежден(а), что во время инвазивного вмешательства могут возникнуть непредвиденные обстоятельства, риски и осложнения и понимаю, что это может включать нарушения со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, что это связано с непреднамеренным причинением вреда здоровью. В таком случае, я согласен(на) на применение врачами всевозможных методов лечения, направленных на устранение вышеуказанных осложнений.
2. Я ставлю в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем (со здоровьем лица, законным представителем которого я являюсь):
 - наследственность;
 - аллергические проявления;
 - индивидуальная непереносимость лекарственных препаратов и продуктов питания;
 - потребление табачных изделий;
 - злоупотребление алкоголем;
 - злоупотребление наркотическими средствами;
 - перенесенные травмы, операции, заболевания, анестезиологические пособия;
 - экологические и производственные факторы физической, химической или биологической природы, воздействующие на меня (лица, законным представителем которого я являюсь) во время жизнедеятельности;
 - принимаемые лекарственные средства.
3. Я имел(а) возможность задавать любые вопросы врачу и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы.

КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА	Документированная процедура Правила получения информированного согласия на проведение инвазивных, лечебных и диагностических процедур	Код: ППС.5.2-ПРВ.011.26
		Версия: 3 от 06.01.2026
		Страница 17 из 20

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

Подпись заявителя: _____ (пациент/законный представитель)

Дата заполнения: ____/____/201__ г.

Врач: _____ (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Подпись: _____

Примечание:

1. Инвазивное вмешательство – медицинская процедура, связанная с проникновением через естественные внешние барьеры организма (кожа, слизистые оболочки) (инъекция, диагностическая процедура, хирургическая операция и так далее).

2. Согласие на проведение инвазивного вмешательства может быть отозвано, за исключением случаев, когда медицинские работники по жизненным показаниям уже приступили к инвазивному вмешательству и его прекращение или возврат невозможны в связи с угрозой для жизни и здоровья пациента.

КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА	Документированная процедура Правила получения информированного согласия на проведение инвазивных, лечебных и диагностических процедур	Код: ППС.5.2-ПРВ.011.26
		Версия: 3 от 06.01.2026
		Страница 18 из 20

Приложение 4

Отказ пациента или законного представителя пациента от предложенных медицинских вмешательств

Согласно Кодексу Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», Статье 93:

1. Пациент или его законный представитель имеет право отказаться от медицинской помощи (за исключением находящихся в шоковом, коматозном состоянии, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, страдающих тяжелыми психическими расстройствами).
2. При отказе от медицинской помощи пациенту или его законному представителю в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия.
3. Отказ от медицинской помощи оформляется настоящим бланком и подписывается пациентом либо его законным представителем, а также врачом.
В случае отказа от подписания пациентом либо его законным представителем настоящего бланка врач делает запись об этом в медицинской карте и подписывает ее.
4. При отказе законных представителей несовершеннолетнего либо недееспособного лица от медицинской помощи, необходимой для спасения жизни указанных лиц, медицинская организация вправе обратиться в органы опеки и попечительства и (или) в суд для защиты их интересов.

Я, (подчеркнуть): пациент / мама / папа / другое

лицо: _____

находясь в отделении _____

с датой рождения: _____

лечения (операции, оперативного родоразрешения, индукции родов, переливания крови и ее компонентов и др. медицинская услуга): _____

Я информирован/-а о состоянии своего здоровья (моего ребенка, подопечного), с учетом факторов риска и о том, что отказ или несвоевременное проведение вышеуказанных медицинских вмешательств может причинить значительный вред моему здоровью (здоровью моего ребенка, подопечного) и даже создать угрозу для жизни.

Подпись заявителя: _____ Дата заполнения: _____

Врач: _____ Подпись: _____

Написано в присутствии свидетеля: _____

с датой рождения: _____

Подпись: _____

Примечание: Ответственность за правильность заполнения заявления несет заявитель.

КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА	Документированная процедура Правила получения информированного согласия на проведение инвазивных, лечебных и диагностических процедур	Код: ППС.5.2-ПРВ.011.26
		Версия: 3 от 06.01.2026
		Страница 20 из 20

Лист ознакомления

№	Ф.И.О.	Должность	Дата	Подпись
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				