

# ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ

## ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

### РАСПОРЯЖЕНИЕ от 14 апреля 2006 г. N 260-р

#### О ВНЕДРЕНИИ ФОРМ ДОКУМЕНТОВ ДЛЯ ПРАВОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В ПОДВЕДОМСТВЕННЫХ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

(в ред. [приказа](#) Департамента здравоохранения г. Москвы  
от 08.02.2012 N 99,  
[распоряжения](#) Департамента здравоохранения г. Москвы  
от 27.08.2012 N 829-р)

В целях дальнейшего совершенствования организации лечебно-диагностического процесса в лечебно-профилактических учреждениях Департамента здравоохранения, его правового обеспечения, исключения претензий, в том числе и необоснованных, со стороны пациентов и их родственников и в соответствии с [приказом](#) Комитета здравоохранения города Москвы от 30.12.1998 N 688 "Об утверждении форм медицинской документации отделений анестезиологии и реанимации", [приказом](#) Департамента здравоохранения города Москвы от 12.03.2003 N 113 "Об утверждении инструкции по переливанию компонентов крови":

1. Утвердить формы документов для правового обеспечения лечебно-диагностического процесса в лечебно-профилактических учреждениях Департамента здравоохранения ([приложения N 1-8](#)).

2. Директорам государственных казенных учреждений Дирекций по обеспечению деятельности государственных учреждений здравоохранения административных округов города Москвы, главным специалистам Департамента здравоохранения города Москвы, руководителям учреждений государственной системы здравоохранения г. Москвы:

(в ред. [распоряжения](#) Департамента здравоохранения г. Москвы от 27.08.2012 N 829-р)

2.1. Обеспечить использование форм документов для правового обеспечения лечебно-диагностического процесса ([приложения N 1-8](#)) в подчиненных лечебно-профилактических учреждениях.

2.2. В случае отказа пациента или его законного представителя от документального оформления частных правовых отношений с лечебно-профилактическим учреждением регистрацию отказа осуществлять путем составления соответствующего акта в установленном порядке заместителем главного врача по медицинской части, заведующим отделением и лечащим врачом.

3. Контроль за исполнением настоящего распоряжения возложить на заместителя руководителя Департамента А.И. Хрипуна.

(в ред. [распоряжения](#) Департамента здравоохранения г. Москвы от 27.08.2012 N 829-р)

Руководитель Департамента  
здравоохранения города Москвы  
А.П. Сельцовский

Приложение N 1  
к распоряжению Департамента  
здравоохранения города Москвы  
от 14 апреля 2006 г. N 260-р

(в ред. распоряжения Департамента здравоохранения г. Москвы  
от 27.08.2012 N 829-р)

Главному врачу

\_\_\_\_\_  
(наименование учреждения государственной системы здравоохранения  
г. Москвы, Ф.И.О.)

ЗАЯВЛЕНИЕ

На основании статьи 67 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", пункта 1 статьи 5 Федерального закона от 12.01.1996 N 8 "О погребении и похоронном деле" Я, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., паспортные данные, реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы умершего)  
близкий родственник, законный представитель умершего, лицо, взявшее на себя обязанности погребения (нужное подчеркнуть), отказываюсь от проведения патологоанатомического вскрытия умершего

\_\_\_\_\_  
(место смерти и дата)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. и возраст умершего)  
по причине (нужное подчеркнуть):  
- по религиозным мотивам;  
- по иным мотивам, основаниям (указать) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Я информирован о невозможности проведения экспертного анализа в случае сомнений в качестве медицинской помощи при отсутствии патологоанатомического вскрытия.

Я не имею претензий к медицинской организации

\_\_\_\_\_  
(наименование учреждения государственной системы здравоохранения г. Москвы)  
по поводу качества диагностики и лечения.

"\_\_" \_\_\_\_\_ 201\_\_ г. \_\_\_\_\_  
(подпись заявителя, Ф.И.О., дата)

"\_\_" \_\_\_\_\_ 201\_\_ г. \_\_\_\_\_  
(подпись, Ф.И.О. должностного лица  
учреждения государственной системы  
здравоохранения г. Москвы, дата)

Приложение N 2  
к распоряжению Департамента  
здравоохранения города Москвы  
от 14 апреля 2006 г. N 260-р

\_\_\_\_\_ (полное наименование лечебно-профилактического учреждения)

ОТКАЗ  
ОТ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)  
пациент \_\_\_\_\_  
(наименование ЛПУ)  
или законный представитель пациента \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество,

\_\_\_\_\_,  
реквизиты документа, подтверждающего право представлять  
интересы больного)  
отказываюсь от предложенной мне (пациенту) госпитализации.

О своем (пациента) заболевании и возможных осложнениях его  
течения информирован (а), рекомендации по лечению получил (а).

Я (пациент или его законный представитель) не буду иметь  
каких-либо претензий к лечебно-профилактическому учреждению в  
случае развития негативных последствий вследствие моего решения.

Пациент  
(законный представитель) \_\_\_\_\_  
(подпись, фамилия, дата)

Врач \_\_\_\_\_  
(подпись, фамилия, дата)

Приложение N 3  
к распоряжению Департамента  
здравоохранения города Москвы  
от 14 апреля 2006 г. N 260-р

\_\_\_\_\_ (полное наименование лечебно-профилактического учреждения)

ОТКАЗ  
ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

На основании [статьи 33](#) Основ законодательства Российской  
Федерации об охране здоровья граждан я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_ пациент \_\_\_\_\_  
(наименование ЛПУ)  
или законный представитель пациента \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество

\_\_\_\_\_,  
пациента) (фамилия, имя, отчество законного представителя,  
реквизиты документа, подтверждающего право представлять  
интересы больного)  
отказываюсь от предложенного мне (пациенту) медицинского

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

Мне разъяснены возможные последствия отказа (прекращения  
лечения), а именно: \_\_\_\_\_

Я (пациент или его законный представитель) не буду иметь  
каких-либо претензий к лечебно-профилактическому учреждению в  
случае развития негативных последствий вследствие моего решения.

Пациент (законный представитель) \_\_\_\_\_  
(подпись, фамилия, имя,  
отчество, дата)

Лечащий врач \_\_\_\_\_  
(подпись, фамилия, имя, отчество, дата)

Приложение N 4  
к распоряжению Департамента  
здравоохранения города Москвы  
от 14 апреля 2006 г. N 260-р

\_\_\_\_\_ (полное наименование лечебно-профилактического учреждения)

РЕШЕНИЕ  
О ПРОВЕДЕНИИ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА (ОПЕРАЦИИ)  
БЕЗ СОГЛАСИЯ БОЛЬНОГО

В соответствии со **статьями 31 и 34** Основ законодательства  
Российской Федерации об охране здоровья граждан принято решение о  
необходимости неотложного медицинского вмешательства (операции)  
без согласия больного в его интересах.

Основания:

1. Состояние больного, не позволяющее ему выразить свою волю:

2. Отсутствие законного представителя больного:  
- не достигшего 15-летнего возраста;  
- признанного в установленном порядке недееспособным.

Подписи членов консилиума или  
дежурного (лечащего) врача \_\_\_\_\_  
(фамилии, имя, отчество, дата)

Ознакомлены: лечащий врач и заместитель главного врача ЛПУ \_\_\_\_\_  
(подпись, фамилия, имя, отчество, дата)

Ознакомлен: законный представитель больного \_\_\_\_\_  
(подпись, фамилия,

имя, отчество, реквизиты документа, подтверждающего право  
представлять интересы больного, дата)

Приложение N 5  
к распоряжению Департамента  
здравоохранения города Москвы  
от 14 апреля 2006 г. N 260-р

\_\_\_\_\_ (полное наименование лечебно-профилактического учреждения)

СОГЛАСИЕ  
ПАЦИЕНТА НА ОПЕРАЦИЮ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ, ЕЕ КОМПОНЕНТОВ  
ИЛИ КРОВЕЗАМЕНИТЕЛЕЙ

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

получил(а) разъяснения по поводу операции переливания крови. Мне объяснены лечащим врачом цель переливания, его необходимость, характер и особенности процедуры, ее возможные последствия, в случае развития которых я согласен(а) на проведение всех нужных лечебных мероприятий. Я извещен(а) о вероятном течении заболевания при отказе от операции переливания крови, ее компонентов и кровезаменителей.

Я имел(а) все возможности задать любые интересующие меня вопросы касательно состояния моего здоровья, заболевания и лечения и получил на них исчерпывающие ответы.

Я получил(а) информацию об альтернативных методах лечения, а также об их примерной стоимости.

Я согласен с предложенным планом лечения \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (подпись пациента, Ф.И.О., дата)

или расписался (согласно [пункту 1.7](#) Инструкции по применению компонентов крови, утвержденной приказом Минздрава России от 25.11.2002 N 363) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (подпись, Ф.И.О. доверенного лица, реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы пациента, дата)

или присутствовавшие при беседе \_\_\_\_\_ (подпись, Ф.И.О. врача)

\_\_\_\_\_ (подписи, Ф.И.О. свидетелей беседы)

Я не согласен с предложенным планом лечения \_\_\_\_\_ (подпись пациента,

\_\_\_\_\_ Ф.И.О., дата)

или расписался (согласно [пункту 1.7](#) Инструкции по применению компонентов крови, утвержденной приказом Минздрава России от 25.11.2002 N 363) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (подпись, Ф.И.О. доверенного лица, реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы пациента, дата)

или присутствовавшие при беседе \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (подписи, Ф.И.О. свидетелей беседы)

Приложение N 6-А  
к распоряжению Департамента  
здравоохранения города Москвы  
от 14 апреля 2006 г. N 260-р

\_\_\_\_\_ (полное наименование лечебно-профилактического учреждения)

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ЛЕЧЕБНУЮ  
(ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ) МАНИПУЛЯЦИЮ (ПРОЦЕДУРУ) \*

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество)  
находясь на лечении в \_\_\_\_\_ отделении  
\_\_\_\_\_ (наименование лечебно-профилактического учреждения)  
уполномочиваю врачей \_\_\_\_\_  
(фамилии, имена, отчества)

\_\_\_\_\_ выполните мне манипуляцию, процедуру (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_

Мне разъяснены и понятны суть моего заболевания и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания. Я понимаю необходимость проведения указанной манипуляции (процедуры).

Мне полностью ясно, что во время указанной манипуляции (процедуры) или после нее могут развиваться осложнения, что может потребовать дополнительных вмешательств (лечения).

Я уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

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

Пациент \_\_\_\_\_  
(подпись пациента либо его доверенного лица, фамилия,  
\_\_\_\_\_  
имя, отчество, реквизиты документа, подтверждающего право  
\_\_\_\_\_  
представлять интересы пациента, дата)

\_\_\_\_\_ (подписи лечащего врача, оперирующего врача, анестезиолога,  
\_\_\_\_\_  
фамилии, имена, отчества, дата)

применяется в соответствии с примерным перечнем диагностических и лечебных исследований (процедур, манипуляций).

**ПРИМЕРНЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ  
ДИАГНОСТИЧЕСКИХ И ЛЕЧЕБНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ  
(ПРОЦЕДУР, МАНИПУЛЯЦИЙ), ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КОТОРЫХ НЕОБХОДИМО  
ПИСЬМЕННОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА**

1. Установка катетера в периферические и центральные сосуды.
2. Различные виды диагностических пункций полостей и органов (стеральная, плевральная, люмбальная, суставная, брюшной полости и т.д.).
3. Лучевые методы диагностики с использованием рентген-контрастных веществ.
4. Диагностическое выскабливание матки и гистероскопия.
5. Все виды электрокоагуляций.
6. Переливание крови, ее компонентов и кровезаменителей.
7. Подготовка и проведение эндоскопических исследований (в том числе цистоскопии с катетеризацией мочеточников) с возможной лечебно-диагностической биопсией.
8. Плановая электроимпульсная терапия.
9. Велоэргометрия (тредмилметрия).
10. Операционная и пункционная биопсия.
11. Плазмаферез.
12. Гипербарическая оксигенация.

\_\_\_\_\_ (полное наименование лечебно-профилактического учреждения)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ И ЗАЯВЛЕНИЕ  
НА УСТАНОВКУ ИМПЛАНТАТА**

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

находясь на лечении в \_\_\_\_\_ отделении,  
(наименование отделения)

получил(а) разъяснения лечащего врача о способах лечения моего заболевания, информацию об альтернативных методах лечения, консервативном и оперативном лечении, а также установке имплантата.

Я проинформирован(а) о возможности получения имплантата бесплатно в рамках Программы государственных гарантий по обеспечению граждан Российской Федерации медицинской помощью.

Совместно с лечащим врачом мне подобран имплантат \_\_\_\_\_

приобретенный мной самостоятельно в сторонней организации на добровольной основе за счет личных средств.

У меня нет вопросов по качеству имплантата и претензий по компенсации затраченных на его приобретение средств.

Прошу установить мне приобретенный мной за счет собственных средств имплантат.

Пациент \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., паспортные данные, дата, подпись пациента, его

родственника или законного представителя, реквизиты документа,  
подтверждающего право представлять интересы пациента)

Врач \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., дата, подпись лечащего врача)

Согласовано \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., дата, подпись заведующего отделением)

Приложение N 8  
к распоряжению Департамента  
здравоохранения города Москвы  
от 14 апреля 2006 г. N 260-р

(в ред. приказа Департамента здравоохранения г. Москвы  
от 08.02.2012 N 99)

\_\_\_\_\_ (полное наименование лечебно-профилактического учреждения)

СОГЛАСИЕ  
С ОБЩИМ ПЛАНом ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество)  
находясь на лечении в \_\_\_\_\_ отделении  
\_\_\_\_\_ (наименование лечебно-профилактического учреждения)  
ознакомлен(а) моим лечащим врачом \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

с намеченным мне общим планом обследования и лечения.

Лечащим врачом мне лично были разъяснены цель, характер, ход и объем планируемого обследования, а также способы его проведения.

Я ознакомлен(а) с планом предполагаемого медикаментозного лечения и действием лекарственных препаратов, с возможными изменениями медикаментозной терапии в случае непереносимости тех или иных лекарственных препаратов, изменением состояния здоровья, требующего изменения тактики лечения, а также применением лекарственных препаратов и других методов лечения, которые могут быть назначены врачами-консультантами по согласованию с моим лечащим врачом.

Я уполномочиваю врачей выполнить процедуру или дополнительное вмешательство в соответствии с общим планом обследования и лечения.

Со мной обсуждены последствия отказа от обследования и лечения. Я получил(а) исчерпывающие и понятные мне ответы на вопросы и имел(а) достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенное мне обследование и лечение.

Я предупрежден, что за грубое нарушение больничного режима могу быть досрочно выписан из лечебно-профилактического учреждения.

Подбор и осуществление медикаментозного и других видов лечения  
доверяю своему лечащему врачу \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

Пациент \_\_\_\_\_

(подпись пациента либо его доверенного лица, фамилия,  
имя, отчество, реквизиты документа, подтверждающего  
право представлять интересы пациента)

Дата \_\_\_\_\_

---