

**Бюджетное учреждение здравоохранения Вологодской области
«Вологодская областная детская клиническая больница»**

ПРИКАЗ № 224 - ОД

г. Вологда

01 ноября 2025 г.

**О внесении изменений в Приказ № 383-ОД от 20 декабря 2022 г.
«Об утверждении форм информированных добровольных согласий (и отказов)
пациента (их законных представителей)»**

В целях совершенствования организации лечебно-диагностического процесса в бюджетном учреждении здравоохранения Вологодской области «Вологодская областная детская клиническая больница» (далее – «БУЗ ВО «ВОДКБ»), актуализации правовой базы БУЗ ВО «ВОДКБ» и документального сопровождения работы структурных подразделений БУЗ ВО «ВОДКБ»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить в новой редакции следующие формы информированных добровольных согласий (и отказов) пациентов (их законных представителей):

1.1. Согласие на обработку персональных данных пациента (Приложение № 1);

1.2. Информированное добровольное согласие на медицинский профилактический осмотр детей (Приложение № 3).

2. Остальные формы информированных добровольных согласий (и отказов) пациентов (их законных представителей), утвержденные Приказом № 383-ОД от 20 декабря 2022 г., продолжают действовать в неизменном виде.

3. Заведующим отделениями (структурными подразделениями) БУЗ ВО «ВОДКБ» (детская поликлиника, стационар (включая Центр неотложной травматологии и ортопедии, приемное отделение), консультативно-диагностический центр), лечащим и дежурным врачам, врачам-педиатрам участковым, фельдшерам, врачам-специалистам обеспечить наличие необходимых информированных добровольных согласий (отказов) в медицинской документации пациентов БУЗ ВО «ВОДКБ» и их надлежащее оформление с учетом настоящих изменений.

4. Начальнику службы информационно-технического обеспечения и безопасности организовать и обеспечить своевременную печать бланков приложений с учетом настоящих изменений в необходимом объеме (Приложение № 1).

5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя главного врача по медицинской части, заместителя главного врача по поликлинике.

И.о. главного врача



А.В. Стренок

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКИЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР ДЕТЕЙ

1. На основании ст.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, _____, _____ г.р.

паспорт: _____, выдан: _____,

пациент бюджетного учреждения здравоохранения Вологодской области «Вологодская областная детская клиническая больница» (далее – БУЗ ВО «ВОДКБ»)

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

Я, _____,

паспорт: _____, выдан: _____,

являясь законным представителем **ребенка** или лица, признанного недееспособным:

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

даю **информированное добровольное согласие** на предложенное мне (моему ребенку) медицинское вмешательство (манипуляцию, процедуру) **в зависимости от возрастного периода в соответствии с Приложением № 1 Приказа Минздрава России от 14.04.2025 № 211н «Об утверждении порядка прохождения несовершеннолетними профилактических медицинских осмотров, учетной формы № 030-ПО/у «Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего», порядка ее ведения, а также формы отраслевого статистического наблюдения № 030-ПО/о «Сведения о профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних», порядка ее заполнения», а именно (отметить «v» нужное):**

- осмотр врача-педиатра;
- осмотр врача-невролога;
- осмотр врача-детского хирурга;
- осмотр врача-офтальмолога;
- осмотр врача-стоматолога детского;
- осмотр врача-оториноларинголога;
- осмотр врача-травматолога-ортопеда;
- осмотр врача-психиатра детского;
- осмотр врача-акушера-гинеколога (в отношении девочек);
- осмотр врача-детского уролога-андролога (в отношении мальчиков);
- осмотр врача-детского эндокринолога;

а также лабораторные, инструментальные и иные исследования (подчеркнуть нужное), а именно: общий (клинический) анализ крови; общий (клинический) анализ мочи; неонатальный скрининг на врожденные и (или) наследственные заболевания и расширенный неонатальный скрининг на врожденные и (или) наследственные заболевания; аудиологический скрининг; ультразвуковое исследование тазобедренного сустава с двух сторон; нейросонография; офтальмоскопия в условиях миопии; исследование вызванной отоакустической эмиссии; скрининг на выявление группы риска возникновения или нарушения психического развития; ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное); ультразвуковое исследование почек; эхокардиография; электрокардиография; исследование вызванной отоакустической эмиссии; исследование уровня холестерина в крови экспресс-методом с использованием тест-полосок для детей из группы риска, иные виды медицинского вмешательства (манипуляцию, процедуру) (указать): _____

2. Мне в доступной форме предоставлена полная информация о целях и методах предложенного медицинского вмешательства (манипуляции, процедуры), связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

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

4. Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем моего ребенка, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных представляемым и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

5. Я удостоверяю, что текст информированного согласия на медицинское вмешательство прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют. Мне объяснены все неизвестные медицинские термины, мною заданы все интересующие вопросы и получены на них исчерпывающие ответы.

6. Даю согласие на обработку и передачу моих персональных данных (персональных данных моего ребенка).

Дата заполнения согласия: _____.

Подпись пациента (законного представителя) с расшифровкой: _____.

Подпись врача с расшифровкой: _____.

ОТКАЗ ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Я, пациент или законный представитель _____

(Ф.И.О. пациента)

отказываюсь от предложенного мне (моему ребенку) медицинского вмешательства, лечебной (диагностической) процедуры (манипуляции), а именно _____, что и удостоверяю своей подписью.

Мне в доступной форме разъяснены возможные неблагоприятные последствия отказа от медицинского вмешательства. Я (пациент или его законный представитель) не буду иметь каких-либо претензий к БУЗ ВО «ВОДКБ» в случае негативных последствий в результате моего решения.

Подпись пациента (законного представителя) с расшифровкой: _____.

_____, дата: _____.

Подпись врача с расшифровкой: _____.

_____, дата: _____.

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, нижеподписавшийся,

Ф.И.О. законного представителя полностью,

номер основного документа, удостоверяющего личность,

сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе

зарегистрированный по адресу:

являюсь законным представителем несовершеннолетнего пациента (пациентом) бюджетного учреждения здравоохранения Вологодской области «Вологодская областная детская клиническая больница»

Ф.И.О. пациента

пол, дата рождения, адрес места жительства, реквизиты полиса ОМС (ДМС)

номер основного документа, удостоверяющего его личность, сведения о дате выдачи указанного

документа и выдавшем его органе, данные о состоянии здоровья, заболеваниях,

случаях обращения за медицинской помощью — в медико-профилактических целях,

в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии

что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся

медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку бюджетным учреждением здравоохранения Вологодской области «Вологодская областная детская клиническая больница» (далее – Оператор), находящимся по адресу: 160022, г. Вологда, Помехонское шоссе, д. 31, вышеприведенных персональных данных, обработку биометрических персональных данных (включая действия (операции) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, в том числе сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) любым законодательно разрешенным способом.

В процессе оказания медицинской помощи мне (несовершеннолетнему пациенту) предоставляю право медицинским работникам бюджетного учреждения здравоохранения Вологодской области «Вологодская областная детская клиническая больница» передавать мои (его) персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, страховым компаниям для контроля соответствия объема, сроков и качества оказываемых медицинских услуг, третьим лицам, структурам и лечебным учреждениям в интересах обследования и лечения. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными несовершеннолетнего пациента, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать персональные данные пациента 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).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) персональными данными со страховой организацией

название страховой организации

и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения персональных данных пациента соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты).

Передача персональных данных пациента иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной _____ и действует _____.

Дата

Срок

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной несовершеннолетнему пациенту до этого медицинской помощи.

Контактный телефон: _____.

Почтовый адрес: _____.

Подпись с расшифровкой: _____.