УТВЕРЖДЕНО  
приказом Министерства  
здравоохранения  
Российской Федерации  
от 12 ноября 2021 года N 1051н

**Порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств**

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](https://docs.cntd.ru/document/902345725#6500IL), утвержденный [приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н](https://docs.cntd.ru/document/902345725#64U0IK) (далее соответственно - информированное добровольное согласие, виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), и отказ от видов медицинских вмешательств, включенных в [Перечень](https://docs.cntd.ru/document/902345725#6500IL) (далее - отказ от медицинского вмешательства), дается гражданином либо одним из родителей или иным законным представителем в отношении лиц, указанных в [пункте 2 настоящего Порядка](https://docs.cntd.ru/document/727122309#65A0IQ).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный N 24082.

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

1) лица, не достигшего возраста, установленного [частью 5 статьи 47](https://docs.cntd.ru/document/902312609#8QK0M7) и [частью 2 статьи 54 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"](https://docs.cntd.ru/document/902312609#8PQ0LS) (далее - Федеральный закон N 323-ФЗ), или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст.6724; 2013, N 48, ст.6165.

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).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 В соответствии с [частью 2 статьи 20 Федерального закона N 323-ФЗ](https://docs.cntd.ru/document/902312609#8P80LV) (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст.6724).

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 апреля 2012 г. N 406н "Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи"](https://docs.cntd.ru/document/902348734#64U0IK) (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 21 мая 2012 г., регистрационный N 24278).

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](https://docs.cntd.ru/document/727122309#65A0IQ), 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](https://docs.cntd.ru/document/902345725#6500IL), 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](https://docs.cntd.ru/document/902345725#6500IL), гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, указанного в [пункте 2 настоящего Порядка](https://docs.cntd.ru/document/727122309#65A0IQ), 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 [приложением N 2 к настоящему приказу](https://docs.cntd.ru/document/727122309#7DE0K7), подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в [пункте 2 настоящего Порядка](https://docs.cntd.ru/document/727122309#65A0IQ), 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](https://docs.cntd.ru/document/727122309#65A0IQ), 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](https://docs.cntd.ru/document/727122309#65A0IQ), имеет право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в [Перечень](https://docs.cntd.ru/document/902345725#6500IL), 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](https://docs.cntd.ru/document/902312609#8P60LT).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст.6724; 2019, N 10, ст.888.

9. Отказ от медицинского вмешательства оформляется в виде документа на бумажном носителе по форме, предусмотренной [приложением N 3 к настоящему приказу](https://docs.cntd.ru/document/727122309#7DG0K8), подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в [пункте 2 настоящего Порядка](https://docs.cntd.ru/document/727122309#65A0IQ), медицинским работником либо формируется в форме электронного документа, подписанного гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в [пункте 2 настоящего Порядка](https://docs.cntd.ru/document/727122309#65A0IQ), 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](https://docs.cntd.ru/document/727122309#65A0IQ), 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](https://docs.cntd.ru/document/727122309#65A0IQ), 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.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 В соответствии с [пунктом 22 Правил использования простой электронной подписи при оказании государственных и муниципальных услуг](https://docs.cntd.ru/document/902394543#7E00KF), утвержденных [постановлением Правительства Российской Федерации от 25 января 2013 г. N 33 "Об использовании простой электронной подписи при оказании государственных и муниципальных услуг"](https://docs.cntd.ru/document/902394543#64U0IK) (Собрание законодательства Российской Федерации, 2013, N 5, ст.377; 2018, N 49, ст.7600).

**Приложение N 2**

УТВЕРЖДЕНО  
приказом Министерства  
здравоохранения  
Российской Федерации  
от 12 ноября 2021 года N 1051н

Форма

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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](https://docs.cntd.ru/document/902345725#6500IL), утвержденный [приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н](https://docs.cntd.ru/document/902345725#64U0IK) (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| в |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | (полное наименование медицинской организации) | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в [Перечень](https://docs.cntd.ru/document/902345725#6500IL), или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных [частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"](https://docs.cntd.ru/document/902312609#8P60LT). | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"](https://docs.cntd.ru/document/902312609#A9U0NU) 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) | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | " |  | " |  | 20 |  | г. |
|  | | | | | | |  | | (дата оформления) | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный N 24082. | | | | | | | | | | | | | | | |

**Приложение N 3**

УТВЕРЖДЕНО  
приказом Министерства  
здравоохранения  
Российской Федерации  
от 12 ноября 2021 года N 1051н

Форма

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Отказ от медицинского вмешательства** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 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 |  | | | | | | | | |
|  | (полное наименование медицинской организации) | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 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](https://docs.cntd.ru/document/902345725#6500IL), утвержденный [приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации](https://docs.cntd.ru/document/902345725) | | | | | | | | | |
| [от 23 апреля 2012 г. N 390н](https://docs.cntd.ru/document/902345725): | | | |  | | | | | |
|  | | | | (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) | | | |
|  | | | | |  |  | | | |
|  | | | | |  |  | |  | "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. |
| (подпись) | | | | |  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) | |  | (дата оформления) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный N 24082. | | | | | | | | | |