**Приказ Минздрава России от 20.12.2012 N 1177н (ред. от 17.07.2019) Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

от 20 декабря 2012 г. N 1177н

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА

ДАЧИ ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ НА МЕДИЦИНСКОЕ

ВМЕШАТЕЛЬСТВО И ОТКАЗА ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

В ОТНОШЕНИИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ,

ФОРМ ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ НА МЕДИЦИНСКОЕ

ВМЕШАТЕЛЬСТВО И ФОРМ ОТКАЗА ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

В соответствии со [статьей 20](https://legalacts.ru/doc/FZ-ob-osnovah-ohrany-zdorovja-grazhdan/#100262) Федерального закона от 21 ноября 2011 г., N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446) приказываю:

Утвердить:

[порядок](https://legalacts.ru/doc/prikaz-minzdrava-rossii-ot-20122012-n-1177n/" \l "100012) дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств согласно приложению N 1;

[форму](https://legalacts.ru/doc/prikaz-minzdrava-rossii-ot-20122012-n-1177n/" \l "100031) 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 помощи, согласно приложению N 2;

[форму](https://legalacts.ru/doc/prikaz-minzdrava-rossii-ot-20122012-n-1177n/" \l "100037) отказа от вида медицинского вмешательства, включенного 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, согласно приложению N 3.

Министр

В.И.СКВОРЦОВА

**Приложение N 1**

**к приказу Министерства здравоохранения**

**Российской Федерации**

**от 20 декабря 2012 г. N 1177н**

**ПОРЯДОК**

**ДАЧИ ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ НА МЕДИЦИНСКОЕ**

**ВМЕШАТЕЛЬСТВО И ОТКАЗА ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА**

**В ОТНОШЕНИИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ**

**1. Настоящий порядок устанавливает правила дачи и оформления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных 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. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный N 24082 (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень).**

**2. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень (далее - информированное добровольное согласие), и отказ от видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, дается гражданином либо одним из родителей или иным законным представителем в отношении лиц, указанных в [пункте 3](https://legalacts.ru/doc/prikaz-minzdrava-rossii-ot-20122012-n-1177n/" \l "100015) настоящего Порядка.**

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

**1) лица, не достигшего возраста, установленного частью 2 статьи 54 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446) (несовершеннолетнего, больного наркоманией, не достигшего возраста шестнадцати лет, и иного несовершеннолетнего, не достигшего возраста пятнадцати лет), 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) <1>.**

**--------------------------------**

**<1> В соответствии с частью 2 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".**

**4. Информированное добровольное согласие оформляется после выбора медицинской организации и врача <1> при первом обращении в медицинскую организацию за предоставлением первичной медико-санитарной помощи.**

**--------------------------------**

**<1> 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" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 21 мая 2012 г. N 24278).**

**5. Перед оформлением информированного добровольного согласия лечащим врачом либо иным медицинским работником гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, указанного в [пункте 3](https://legalacts.ru/doc/prikaz-minzdrava-rossii-ot-20122012-n-1177n/" \l "100015) 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.**

**6. При отказе от видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, указанного в [пункте 3](https://legalacts.ru/doc/prikaz-minzdrava-rossii-ot-20122012-n-1177n/" \l "100015) настоящего Порядка, в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния).**

**7. Информированное добровольное согласие оформляется в виде документа на бумажном носителе по форме, предусмотренной [приложением N 2](https://legalacts.ru/doc/prikaz-minzdrava-rossii-ot-20122012-n-1177n/" \l "100031) к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. N 1177н, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в [пункте 3](https://legalacts.ru/doc/prikaz-minzdrava-rossii-ot-20122012-n-1177n/" \l "000003) настоящего Порядка, медицинским работником, либо формируется в форме электронного документа, подписанного гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в [пункте 3](https://legalacts.ru/doc/prikaz-minzdrava-rossii-ot-20122012-n-1177n/" \l "000003) 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.**

**8. Информированное добровольное согласие, подписанное гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в [пункте 3](https://legalacts.ru/doc/prikaz-minzdrava-rossii-ot-20122012-n-1177n/" \l "000003) настоящего Порядка, на бумажном носителе или в форме электронного документа с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи или простой электронной подписи посредством применения ЕСИА, действительно в течение срока оказания первичной медико-санитарной помощи в выбранной медицинской организации.**

**9. Гражданин, один из родителей или иной законный представитель лица, указанного в [пункте 3](https://legalacts.ru/doc/prikaz-minzdrava-rossii-ot-20122012-n-1177n/" \l "100015) настоящего Порядка, имеет право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения (в том числе в случае, если было оформлено информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень), 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".**

**10. Отказ от одного или нескольких видов вмешательств, включенных в Перечень (далее - отказ от медицинского вмешательства), оформляется в виде документа на бумажном носителе по форме, предусмотренной [приложением N 3](https://legalacts.ru/doc/prikaz-minzdrava-rossii-ot-20122012-n-1177n/" \l "100037) к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. N 1177н, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в [пункте 3](https://legalacts.ru/doc/prikaz-minzdrava-rossii-ot-20122012-n-1177n/" \l "000003) настоящего Порядка, медицинским работником, либо формируется в форме электронного документа, подписанного гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в [пункте 3](https://legalacts.ru/doc/prikaz-minzdrava-rossii-ot-20122012-n-1177n/" \l "000003) 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.**

**11. Информированное добровольное согласие и (или) отказ от медицинского вмешательства одного из родителей или иного законного представителя лица, указанного в [пункте 3](https://legalacts.ru/doc/prikaz-minzdrava-rossii-ot-20122012-n-1177n/" \l "000003) настоящего Порядка, могут быть сформировано 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 3](https://legalacts.ru/doc/prikaz-minzdrava-rossii-ot-20122012-n-1177n/" \l "000003) 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.**

**Приложение N 2**

**к приказу Министерства здравоохранения**

**Российской Федерации**

**от 20 декабря 2012 г. N 1177н**

**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**

**Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(Ф.И.О. гражданина)**

**"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения,**

**зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(адрес места жительства гражданина либо**

**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. N 390н (зарегистрирован**

**Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее -**

**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, Ф.И.О. 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, 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" (Собрание законодательства Российской Федерации,**

**2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).**

**Сведения о выбранных мною лицах, 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" может быть передана**

**информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным**

**представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)**

**"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.**

**(дата оформления**

**Приложение N 3**

**к приказу Министерства здравоохранения**

**Российской Федерации**

**от 20 декабря 2012 г. N 1177н**

**Отказ от 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**

**Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(Ф.И.О. гражданина)**

**"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения,**

**зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(адрес места жительства гражданина либо**

**законного представителя)**

**при оказании мне 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, утвержденный**

**приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской**

**Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством**

**юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - виды**

**медицинских вмешательств):**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(наименование вида медицинского вмешательства)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(должность, Ф.И.О. 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). 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 вид**

**(такие виды) медицинского вмешательства.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)**

**"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.**

**(дата оформления**