

ПРИКАЗ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПРИДНЕСТРОВСКОЙ МОЛДАВСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

О внесении дополнений в Приказ Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 29 июля 2015 года № 387 «Об утверждении бланков форм информированного добровольного согласия» (регистрационный № 7226 от 20 августа 2015 года) (САЗ 15-34)

Зарегистрирован Министерством юстиции
Приднестровской Молдавской Республики 6 июня 2022 г.
Регистрационный № 11064

В соответствии с Постановлением Правительства Приднестровской Молдавской Республики от 6 апреля 2017 года № 60 «Об утверждении Положения, структуры и предельной штатной численности Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики» (САЗ 17-15) с изменениями и дополнениями, внесенными постановлениями Правительства Приднестровской Молдавской Республики от 14 июня 2017 года № 148 (САЗ 17-25), от 7 декабря 2017 года № 334 (САЗ 17-50), от 17 октября 2018 года № 352 (САЗ 18-42), от 14 декабря 2018 года № 448 (САЗ 18-51), от 26 апреля 2019 года № 143 (САЗ 19-17), от 8 августа 2019 года № 291 (САЗ 19-30), от 15 ноября 2019 года № 400 (САЗ 19-44), от 29 сентября 2020 года № 330 (САЗ 20-40), от 22 октября 2020 года № 364 (САЗ 20-43), от 8 декабря 2020 года № 433 (САЗ 20-50), от 25 января 2021 года № 19 (САЗ 21-4), от 30 декабря 2021 года № 426 (САЗ 21-52), от 20 января 2022 года № 11 (САЗ 22-2), в целях упорядочения статистической медицинской отчетности лечебно-профилактических организаций, а также обеспечения прав и свобод человека и гражданина на конфиденциальность информации о факте обращения за медицинской помощью и иных передаваемых им при обращении за медицинской помощью сведений, на информированное добровольное согласие, как предварительное условие для медицинского вмешательства и отказ от него, приказываю:

1. Внести в Приказ Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 29 июля 2015 года № 387 «Об утверждении бланков форм информированного добровольного согласия» (регистрационный № 7226 от 20 августа 2015 года) (САЗ 15-34) с дополнениями, внесенными Приказом Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 1 сентября 2017 года № 467 (регистрационный № 8016 от 26 октября 2017 года) (САЗ 17-44), следующие дополнения:

- а) дополнить пункт 1 Приказа подпунктом ы) следующего содержания:
«ы) «Информированное добровольное согласие диализного больного на получение диализной помощи» согласно Приложению № 26 к настоящему Приказу.»;
- б) дополнить Приказ Приложением № 26 согласно Приложению к настоящему Приказу.

2. Направить настоящий Приказ на государственную регистрацию и официальное опубликование в Министерство юстиции Приднестровской Молдавской Республики.

3. Настоящий Приказ вступает в силу со дня, следующего за днем его официального опубликования.

Министр

К. АЛБУЛ

г. Тирасполь
19 апреля 2022 г.
№ 374

Информированное добровольное согласие диализного больного на получение диализной помощи

1. Мой врач обнаружил, что я страдаю хронической болезнью почек V стадии (хронической почечной недостаточностью) и рекомендует мне начать лечение методом заместительной почечной терапией (гемодиализом). Этот документ, подписанный мной, разрешает проведение процедур гемодиализа.

2. ОБЪЯСНЕНИЕ:

ОПИСАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ: гемодиализ используется для устранения симптомов почечной недостаточности. Гемодиализ заключается в пропускании моей крови через фильтр, где из нее удаляются вредные вещества, с одновременным возвращением очищенной крови мне. Процедура выполняется при помощи аппаратов «искусственная почка».

Существуют следующие варианты сосудистого доступа для гемодиализа:

а) пациенты, страдающие хронической почечной недостаточностью, обычно получают диализное лечение через сосудистый доступ - артерио-венозная фистула;

б) пациенты с острой почечной недостаточностью, или пациенты с хронической почечной недостаточностью которые не подвергались хирургическому вмешательству для формирования сосудистого протеза или фистулы, получают диализ через временно устанавливаемый центральный венозный двухпросветный (двухканальный) катетер для проведения процедуры заместительной почечной терапии.

Они могут быть следующих видов:

- а) бедренный;
- б) яремный;
- в) подключичный.

3. РИСК:

Риск и осложнения, которые могут быть связаны с применением гемодиализа, описаны ниже и заключаются в том, что при проведении процедуры гемодиализа возможно развитие:

а) нарушений сердечного ритма, головной боли, повышения артериального давления, кратковременной потери сознания, связанных с изменениями химического состава крови пациента и удалением жидкости;

б) кровотечения при разъединении кровопроводящих систем или нарушений свертываемости крови;

в) инфекционных заболеваний;

г) заражения крови различными бактериями, что поддается лечению;

д) (очень редко) воздушной эмболии, которая может быть причиной тяжелых осложнений, включающих в себя паралич и смерть;

е) реакции на введенные в процессе диализа препараты. Реакции могут заключаться в развитии шока, вплоть до развития смертельных осложнений.

4. Введение и использование подключичного (а также яремного или бедренного) диализного катетера может привести к развитию у пациента:

а) кровотечения (гематомы) в месте пункции (особенно при приеме антиагрегангов или антикоагулянтов);

б) пневмоторакса (спадения легкого);

в) катетер-ассоциированных инфекций кровотока;

- г) тромбоза вены;
- д) аритмии.

5. Гемодиализ не лечит заболевание почек, а замещает некоторые из функций почек, которые они более не способны выполнять. Альтернативой аппаратному диализному лечению являются:

- а) перитонеальный диализ;
- б) трансплантация почки.

Каждый из методов лечения несет с собой определенный риск и чреват возможными осложнениями, которые были разъяснены мне врачом.

6. НЕКОТОРЫЕ ДРУГИЕ ФАКТОРЫ РИСКА.

При получении лечения гемодиализом я должен следовать диетическим рекомендациям, ограничивающим употребление некоторых продуктов. Я несу ответственность за следование этим рекомендациями и за соблюдение предписанного врачом режима.

В случае возникновения дискомфорта, ухудшении самочувствия или возникновения побочных реакций во время лечения гемодиализом я несу ответственность за сообщение об осложнениях лечащему врачу.

7. Я ИМЕЮ ПРАВО:

- а) вносить предложения по организации деятельности отделения гемодиализа;
- б) обращаться за медицинской помощью к любому врачу или медицинской сестре отделения диализа во время пребывания на диализной сессии;
- в) получить от администрации учреждения и врачей отделения диализа медицинской документации, содержащей информацию о его состоянии здоровья;
- г) предлагать другие меры, которые могут быть включены в перечень прав диализных пациентов.

8. Я ОБЯЗАН:

- а) уважать права других пациентов при получении диализной помощи;
- б) уважать медицинский персонал: любая неудовлетворенность в оказанной медицинской помощи, будет доведена до сведения старшей медсестры, врача, заведующего отделением. Строго соблюдать дни и часы гемодиализа согласно графику. Любое внеплановое изменение графика будет предоставлено в письменной форме врачу ведения диализа, который разрешит явку в зависимости от причины и от графика лечения в отделении. В случае моего опоздания на процедуру гемодиализа диализное время будет сокращено соответственно часам опоздания. Диализное время может быть увеличено по усмотрению врачебного персонала (для достижения целевого значения клиренса очистки) при условии, что были опробованы и другие методы, например увеличение скорости эффективного кровотока и другие;
- в) тщательно наблюдать за надлежащим функционированием сосудистого доступа, вести уход за ним в соответствии с полученными указаниями;
- г) срочно явиться в отделение диализа при каждом возникновении проблем функционирования венозного катетера, артериовенозной фистулы, или изменений в общем состоянии здоровья;
- д) строго соблюдать все рекомендации санитарно-диетического режима, диагностики, лечения и занятости труда, предписанные врачом. При соблюдении водно-солевого режима я обязуюсь соблюдать бескальциевую диету и приносить объем ультрафильтрации не более 5% от сухой массы тела (12 мл/кг/ч);
- е) строго соблюдать противоэпидемические мероприятия в соответствии с внутренним режимом отделения диализа (то есть носить сменную одежду в отделении, следить за порядком в занятых помещениях), в том числе в дополнительных, по требованию медицинских работников (например: носить маски в случае карантина по гриппу). Меня уведомят заранее о введении (прекращении противоэпидемических мер), и я подпишу информационный лист в случае необходимости;
- ж) соблюдать здоровый режим: запрещается курить, употреблять наркотики и распивать спиртные напитки во время пребывания в отделении;

з) входить в отделение диализа можно самому или в сопровождении одной медицинской сестры центра, родственников пациента. Вход опекуна (родственника) в зал проведения заместительной почечной терапии строго запрещен.

В случае нанесения ущерба собственности отделения диализа я несу ответственность за его возмещение;

и) эффективно участвовать в бесперебойной работе диализа, если клиническое состояние позволяет это, информируя о любых нарушениях;

к) участвовать во всех встречах с пациентами на диализе, организованных в соответствующем отделении диализа. Я обязан проинформировать работников здравоохранения о дополнительных рисках для его здоровья (например, болезни, связанные с аллергическими реакциями, перенесенные операции и так далее) и других лиц (ВИЧ, СПИД, вирусные гепатиты, туберкулез, сифилис и так далее).

9. В случае выезда за пределы Приднестровской Молдавской Республики я обязан уведомить об этом врача ведения диализа и заведующего отделением, предоставить уведомления о временном отсутствии пациента на процедурах программного гемодиализа с указанием срока отсутствия. В случае моего отсутствия длительностью более 2 (двух) месяцев от даты последней процедуры гемодиализа я отстраняюсь от проведения процедур гемодиализа и снимается с учета в отделении гемодиализа. Затем, по моему желанию, я могу встать в очередь ожидания на программный гемодиализ.

10. ПОДТВЕРЖДЕНИЕ СОГЛАСИЯ: Я предупрежден(а), что, так как практическая медицина не является точной наукой, никто не давал мне никаких гарантий, письменных или устных, в отношении благополучного исхода лечения гемодиализом. Мой врач, _____ и его сотрудники, обсудили со мной необходимость в лечении гемодиализом с подключением аппарата «искусственная почка» через:

а) сосудистый протез, фистулу, бедренный диализный катетер (нужно подчеркнуть);

б) подключичный диализный катетер, яремный диализный катетер (нужно подчеркнуть),

а также возможные изменения в моем самочувствии и состоянии в случае отсутствия такого лечения. Я получил(а) удовлетворившие меня ответы на все заданные мной вопросы и не имею дополнительных вопросов. Я разрешаю моему лечащему врачу, и его медицинскому персоналу проводить мне вышеописанные процедуры и медицинские манипуляции, которые могут оказаться необходимыми в процессе:

1) проведения процедур гемодиализа;

2) установки бедренного диализного катетера и проведения процедур гемодиализа;

3) установки подключичного диализного катетера и проведения процедур гемодиализа;

4) установки яремного диализного катетера и проведения процедур гемодиализа.

(нужно подчеркнуть)

Это согласие действительно на все время лечения, однако я имею право остановить его действие путем подачи письменного уведомления об его отмене.

Дата _____ Подпись _____

Подпись ответственного лица* _____

*Примечание: если пациент несовершеннолетний, ответственное лицо должно поставить свою подпись. Если пациент не может подписать документ, указать причину

В случае отсутствия у пациента родственников, согласие на диализ принимается консилиумом, состоящим из трех врачей, и по результатам консилиума выносится решение о необходимости проведения данной процедуры.»