# [Приказ Министерства здравоохранения РФ 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"](garantF1://70307654.0)

В соответствии со [статьей 20](garantF1://12091967.20) 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) приказываю:

Утвердить:

порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств согласно [приложению N 1](#sub_1000);

форму информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств, включенные в [Перечень](garantF1://70072996.1000) 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](#sub_2000);

форму отказа от вида медицинского вмешательства, включенного в [Перечень](garantF1://70072996.1000) 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](#sub_3000).

|  |  |
| --- | --- |
| Министр | В.И. Скворцова |

Зарегистрировано в Минюсте РФ 28 июня 2013 г.

Регистрационный N 28924

Приложение N 1  
к [приказу](#sub_0) Министерства здравоохранения РФ  
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](garantF1://70072996.1000) 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](garantF1://70072996.0) 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](garantF1://70072996.1000), 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](#sub_1003) настоящего Порядка.

3. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в [Перечень](garantF1://70072996.1000), дает один из родителей или иной законный представитель в отношении:

1) лица, не достигшего возраста, установленного [частью 2 статьи 54](garantF1://12091967.542) 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)[\*](#sub_991).

4. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в [Перечень](garantF1://70072996.1000), оформляется после выбора медицинской организации и врача[\*\*](#sub_992) при первом обращении в медицинскую организацию за предоставлением первичной медико-санитарной помощи.

5. Перед оформлением информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств, включенных в [Перечень](garantF1://70072996.1000), лечащим врачом либо иным медицинским работником гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, указанного в [пункте 3](#sub_1003) 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](garantF1://70072996.1000), гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, указанного в [пункте 3](#sub_1003) 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 на виды медицинских вмешательств, включенных в [Перечень](garantF1://70072996.1000), оформляется по форме, предусмотренной [приложением N 2](#sub_2000) 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](#sub_1003) настоящего Порядка, а также медицинским работником, оформившим такое согласие, и подшивается в медицинскую документацию пациента.

8. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в [Перечень](garantF1://70072996.1000), действительно в течение всего срока оказания первичной медико-санитарной помощи в выбранной медицинской организации.

9. Гражданин, один из родителей или иной законный представитель лица, указанного в [пункте 3](#sub_1003) настоящего Порядка, имеет право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в [Перечень](garantF1://70072996.1000), 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](garantF1://12091967.2009) 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](garantF1://70072996.1000), оформляется по форме, предусмотренной [приложением N 3](#sub_3000) 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](#sub_1003) настоящего Порядка, а также медицинским работником, оформившим такой отказ, и подшивается в медицинскую документацию пациента.

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

\* В соответствии с [частью 2 статьи 20](garantF1://12091967.2002) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

\*\* [Приказ](garantF1://70079998.0) 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)

Информация об изменениях:

[Приказом](garantF1://71076448.0) Минздрава России от 10 августа 2015 г. N 549н в приложение внесены изменения

[См. текст приложения в предыдущей редакции](garantF1://57303161.2000)

ГАРАНТ:

См. данную форму в редакторе MS-Word

Приложение N 2  
к [приказу](#sub_0) Министерства здравоохранения РФ  
от 20 декабря 2012 г. N 1177н  
(с изменениями от 10 августа 2015 г.)

Форма

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](garantF1://70072996.1000) 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](garantF1://70072996.0) 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](garantF1://70072996.1000), или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев,

предусмотренных [частью 9 статьи 20](garantF1://12091967.2009) 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](garantF1://12091967.1955) 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)

ГАРАНТ:

По-видимому, в тексте предыдущего абзаца допущена опечатка. Имеется в виду "[пункт 5 части 5 статьи 19](garantF1://12091967.1955)"

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

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

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

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

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

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

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

(дата оформления)

ГАРАНТ:

См. данную форму в редакторе MS-Word

Приложение N 3  
к [приказу](#sub_0) Министерства здравоохранения РФ  
от 20 декабря 2012 г. N 1177н

Форма

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](garantF1://70072996.1000) 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](garantF1://70072996.0) 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)