

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ**

ПРИКАЗ
от 12 ноября 2021 г. N 1051н

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА
ДАЧИ ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ НА
МЕДИЦИНСКОЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВО И ОТКАЗА ОТ МЕДИЦИНСКОГО
ВМЕШАТЕЛЬСТВА, ФОРМЫ
ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ НА
МЕДИЦИНСКОЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВО И ФОРМЫ ОТКАЗА ОТ МЕДИЦИНСКОГО
ВМЕШАТЕЛЬСТВА**

В соответствии с [частью 8 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; 2013, N 48, ст. 6165) и [подпунктом 5.2.19 пункта 5](#) Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. N 608 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, N 26, ст. 3526), приказываю:

1. Утвердить:

порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства согласно [приложению N 1](#);

форму информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство согласно [приложению N 2](#);

форму отказа от медицинского вмешательства согласно [приложению N 3](#).

2. Признать утратившими силу:

[приказ](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации 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" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 июня 2013 г., регистрационный N 28924);

приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 августа 2015 г. N 549н "О внесении изменения в приложение N 2 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации 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" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 3 сентября 2015 г., регистрационный N 38783);

приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 17 июля 2019 г. N 538н "О внесении изменений в порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. N 1177н" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 19 августа 2019 г., регистрационный N 55665).

3. Настоящий приказ вступает в силу с 1 марта 2022 г. и действует 6 лет со дня его вступления в силу.

Министр
М.А.МУРАШКО

Приложение N 1

Утверждено
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 12 ноября 2021 г. 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, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н [<1>](#) (далее соответственно - информированное добровольное согласие, виды медицинских вмешательств, включенных в [Перечень](#)), и отказ от видов медицинских вмешательств, включенных в [Перечень](#) (далее - отказ от медицинского вмешательства), дается гражданином либо одним из родителей или иным законным представителем в отношении лиц, указанных в [пункте 2](#) настоящего Порядка.

[<1>](#) 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](#) и [частью 2 статьи 54](#) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (далее - Федеральный закон N 323-ФЗ) [<2>](#), или лица, признанного в установленном законом [порядке](#) недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство;

[<2>](#) [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) [<3>](#).

[<3>](#) В соответствии с [частью 2 статьи 20](#) Федерального закона N 323-ФЗ ([Собрание законодательства Российской Федерации](#), 2011, N 48, ст. 6724).

3. Информированное добровольное согласие оформляется после выбора медицинской организации и врача [<4>](#) при первом обращении в медицинскую

организацию за предоставлением первичной медико-санитарной помощи.

<4> [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., 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, 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.

5. При отказе от медицинского вмешательства в отношении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в [Перечень](#), гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, указанного в [пункте 2](#) настоящего Порядка, 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, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в [пункте 2](#) настоящего Порядка, 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, 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, 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), за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона N 323-ФЗ <5>.

<5> 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, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в пункте 2 настоящего Порядка, 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 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, 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, 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 <6>.

<6> В соответствии с **пунктом 22** Правил использования простой электронной подписи при оказании государственных и муниципальных услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 25 января 2013 г. N 33 "Об использовании простой электронной подписи при оказании государственных и муниципальных услуг" (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 г. 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)

(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, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и
социального
развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н <1> (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, 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".

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" 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)
-----------	---

" " _____ г.
(дата оформления)

<1> Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный N 24082.

Утверждено
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 12 ноября 2021 г. 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,
утвержденный
приказом Министерства здравоохранения и социального развития
Российской
Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н <1>:

_____ (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. г.

г.

(подпись
)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) (дата оформления)
медицинского работника)

<1> Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5
мая 2012 г., регистрационный N 24082.