**Министерство здравоохранения**

**Ставропольского края**

**государственное автономное учреждение здравоохранения**

**Ставропольского края**

**«Георгиевская стоматологическая поликлиника»**

**ПРИКАЗ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| "14" 09 2018 г. | г. Георгиевск\_ | N 165-П |

«О порядке участия обучающихся по основным профессиональным образовательным программам и дополнительным профессиональным программам в оказании медицинской помощи пациентам ГАУЗ СК «Георгиевская стоматологическая поликлиника»

Во исполнение ч. 9 ст. 21 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323- ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22.08.2013 г. № 585н

Приказываю:

2.   Утвердить форму согласия пациента на оказание медицинской помощи с участием обучающихся по основным профессиональным образовательным программам и дополнительным профессиональным программам в оказании медицинской помощи согласно приложению № 1 к настоящему приказу.

3. Назначить ответственными за организацию и проведение практической подготовки обучающихся заведующих структурными подразделениями, в которых обучающиеся проходят практическую подготовку.

4. Старшему и среднему медицинскому персоналу, за которым закреплены студенты образовательных организаций, до начала оказания медицинской помощи:

- предлагать пациентам подписать согласие на оказание медицинской помощи с участием студентов медицинских вузов;

- информировать пациента о возможности отказаться от дачи согласия на оказание медицинской помощи с участием студентов медицинских вузов.

При отказе пациента - медицинскую помощь оказывать без участия студентов.

5.   Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя главного врача по медицинской части Г.Е. Леонтьеву.

Главный врач                         Амбарцумов Д.Э.

Приложение №1 к приказу

№165-П от 14.09.2018 г.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ С УЧАСТИЕМ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСНОВНЫМ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ ПРОГРАММАМ И**  
**ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ ПРОГРАММАМ В ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество - полностью)

|  |
| --- |
|  |
|  | Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:  Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  паспорт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (серия, номер, кем и когда выдан)  являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным (нужное подчеркнуть):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения) |
|  |  |

\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на оказание мне (представляемому) медицинской помощи в рамках практической подготовки обучающимся по профессиональным образовательным программам медицинского образования в государственном автономном учреждении здравоохранения «Георгиевская стоматологическая поликлиника» (ГАУЗ СК «Георгиевская стоматологическая поликлиника»). юридический адрес: 357820, Ставропольский край, г. Георгиевск, ул. Лермонтова,59

Я проинформирован (а) и даю свое согласие на участие обучающихся в оказании мне (представляемому) медицинской помощи.

Мне разъяснено и понятно мое право на отказ от участия обучающихся в оказании мне медицинской помощи.

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

(ФИО, подпись пациента)

Информация доведена:

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

(должность, ФИО, подпись)

**УВАЖАЕМЫЙ ПАЦИЕНТ!**

**В порядке ч. 9 ст. 21 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ уведомляем Вас, что в рамках практической подготовки обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования медицинская помощь может оказываться с участием обучающихся по основным профессиональным образовательным программам и дополнительным профессиональным программам в оказании медицинской помощи.**

**До начала оказания медицинской помощи Вам будет предложено подписать согласие на участие студентов в оказании медицинской помощи.**

**В случае Вашего отказа медицинская помощь будет оказана без участия студентов.**

(Приказ ГАУЗ СК «Георгиевская стоматологическая поликлиника №165-П от 14.09.2018 г. «О порядке участия обучающихся по основным профессиональным образовательным программам и дополнительным профессиональным программам в оказании медицинской помощи пациентам ГАУЗ СК «Георгиевская стоматологическая поликлиника»)