

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"

С изменениями и дополнениями от:

10 августа 2015 г.

В соответствии со [статьей 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](#);

форму 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 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

Зарегистрировано в Минюсте РФ 28 июня 2013 г.  
Регистрационный N 28924

**Приложение N 1**  
**к приказу 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](#) 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](#), 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](#) настоящего Порядка.

3. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в [Перечень](#), 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)\*.

4. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в [Перечень](#), оформляется после выбора медицинской организации и врача\*\* 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](#), лечащим врачом либо иным медицинским работником гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, указанного в [пункте 3](#) 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](#) 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](#), оформляется по форме, предусмотренной [приложением N 2](#) 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](#) 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](#), 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](#) 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](#), оформляется по форме, предусмотренной [приложением N 3](#) 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](#) настоящего Порядка, а также медицинским работником, оформившим такой отказ, и подшивается в медицинскую документацию пациента.

---

\* 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"

\*\* [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)

**Приложение N 2**  
**к приказу 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](#) 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)

ГАРАНТ:

\_\_\_\_\_  
(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 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](#) 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)