

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 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.

Порядок участия обучающихся по основным профессиональным образовательным программам в оказании медицинской помощи пациентам ООО «ПолиКлиника»

1. Настоящий Порядок определяет правила участия обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования (высшее медицинское образование) в оказании медицинской помощи гражданам в рамках их практической подготовки в ООО «ПолиКлиника».
2. Учреждение, реализующее профессиональные образовательные программы медицинского образования ЮУГМА и ООО «ПолиКлиника» совместно создают условия для участия обучающихся в оказании медицинской помощи гражданам согласно договору о сотрудничестве, на базе ООО «ПолиКлиника».
3. К участию в оказании медицинской помощи гражданам допускаются обучающиеся:
 - успешно прошедшие необходимую теоретическую подготовку;
 - имеющие практические навыки участия в оказании медицинской помощи гражданам;
 - прошедшие предварительные и периодические медицинские осмотры в порядке, утвержденном приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 апреля 2011 г. N 302н "Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 21 октября 2011 г., регистрационный N 22111) с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 мая 2013 г. N 296н "О внесении изменения в приложение N 2 к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 апреля 2011 г. N 302н "Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда"

(зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 3 июля 2013 г., регистрационный N 28970).

4. Обязанности по обеспечению безопасных условий труда обучающихся, участвующих в оказании медицинской помощи гражданам, возлагаются на главного врача ООО «ПолиКлиника».

5. Контроль за участием обучающихся в оказании медицинской помощи гражданам осуществляют:

- работники учреждения, осуществляющей обучение, назначенные из числа педагогических и (или) научных работников, которые несут ответственность за проведение практической подготовки обучающихся;

- непосредственные руководители, назначенные главным врачом из числа работников ООО «ПолиКлиника» ответственными за организацию и проведение практической подготовки обучающихся.

6. Лица, указанные в пункте 5 настоящего Порядка:

- обеспечивают контроль за выполнением обучающимся определенных видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью;

- оказывают методическую помощь обучающимся при выполнении определенных видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью, в порядке и на условиях, установленных законодательством Российской Федерации.

7. Пациенты или их законные представители вправе отказаться от участия обучающихся в оказании им медицинской помощи.

8. Участие обучающихся в оказании медицинской помощи гражданам осуществляется при условии соблюдения медицинской этики.

ИСТОЧНИК
К Л И Н И К А

ООО "ПолиКлиника"
454100, г. Челябинск, ул. 40-летия Победы, д. 11
Тел: +7 (351) 778 88 87, www.chelcastrochnik.ru
E-mail: info@chelcastrochnik.ru

Приложение №2
К Приказу № 27 М от 16.03.2016г

Информированное добровольное согласие пациента на оказание медицинской помощи с участием обучающихся по основным профессиональным образовательным программам

Я, _____
_____ (Ф.И.О. гражданина)
" ____ " _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

Я, _____
паспорт _____,
выдан: _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)
ребенка или лица, признанного недееспособным
_____ (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

Настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на оказание мне (представляемому) медицинской помощи в рамках практической подготовки обучающимся по профессиональным образовательным программам медицинского образования в ООО «ПолиКлиника»

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.

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

_____ (подпись)

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

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. медицинского работника)

" ____ " _____ г.
(дата оформления)

**Отказ пациента
от участия обучающегося в оказании медицинской помощи**

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

"__" _____ г. рождения,

Зарегистрированный по адресу: _____
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

Я, _____
паспорт _____,
выдан: _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)
ребенка или лица, признанного недееспособным

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

настоящим отказываюсь от оказания мне медицинской помощи в рамках практической подготовки обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования в ООО «ПолиКлиника».

Я проинформирован и отказываюсь от участия обучающихся в оказании мне медицинской помощи.

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

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

"__" _____ 20__ г.
(дата оформления)