

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ
«ОБЛАСТНОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»

ПРИКАЗ

«25» 05 2020г.

№ 126

г. Астрахань

«Об организации практической подготовки обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования»

В соответствии с частью 9 статьи 21 Федерального закона от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Приказом Минздрава России от 22 августа 2013г. №585н "Об утверждении Порядка участия обучающихся по основным профессиональным образовательным программам и дополнительным профессиональным программам в оказании медицинской помощи гражданам и в фармацевтической деятельности"

П Р И К А З Ы В А Ю :

1. Осуществлять взаимодействие с Астраханским государственным медицинским университетом, по практической подготовке обучающихся по профессиональным образовательным программам и дополнительным профессиональным программам медицинского образования (далее- Обучающихся) в соответствии с требованиями действующего законодательства.
2. Назначить ответственным лицом за организацию и проведение практики студентов ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России - заместителя главного врача по организационно-методической работе Нетреба И.А.
3. К участию в оказании медицинской помощи допускать обучающихся, соответствующих требованиям приказа Минздрава России от 22 августа 2013г. №585н "Об утверждении Порядка участия обучающихся по основным профессиональным образовательным программам и дополнительным профессиональным программам в оказании медицинской помощи гражданам и в фармацевтической деятельности".
4. Практическая подготовка Обучающихся допускается в стационарных отделениях: ОННП №1, наркологическом отделении №2, наркологическом отделении №3, отделении медицинской реабилитации.
5. Заведующим отделений, указанных в пункте 4 настоящего приказа, осуществлять контроль за участием Обучающихся в оказании медицинской помощи.
6. Обязательным условием участия Обучающихся в оказании медицинской помощи является информирование и согласие пациентов или их законных представителей. В случае согласия пациента оформляется и приклеивается в медицинскую карту стационарного больного «Информированное добровольное согласие пациента на участие обучающихся в оказании медицинской помощи» по форме согласно Приложению 1 к настоящему приказу.
7. При отказе пациентов или их законных представителей участие Обучающихся в оказании медицинской помощи не допускается. В случае отказа пациента оформляется и приклеивается в медицинскую карту стационарного больного «Отказ пациента от участия обучающихся в оказании медицинской помощи» по форме согласно Приложению 2 к настоящему приказу.
8. Отменить действие приказа ГБУЗ АО «ОНД» от 14.01.2016 г. №10-1.
9. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя главного врача по медицинской части А.Ф.Чаплыгина.

Главный врач



Т.А. Улезко

Главному врачу ГБУЗ АО «ОНД»

от _____

[Ф. И. О., дата рождения]

**Информированное добровольное согласие пациента
на участие обучающихся в оказании медицинской помощи**

Я, _____,
[Ф. И. О. пациента], [число, месяц, год рождения]

настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на оказание мне медицинской помощи в рамках практической подготовки обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования в ГБУЗ АО «ОНД».

Я проинформирован и даю свое согласие на участие обучающихся в оказании мне медицинской помощи. Мне разъяснено и понятно мое право на отказ от участия обучающихся в оказании мне медицинской помощи.

Информацию до пациента довел: _____
[подпись, инициалы, фамилия врача]

Пациент: _____
[подпись, инициалы, фамилия]

_____ [число, месяц, год]

Приложение 2
к приказу ГБУЗ АО «ОНД»
от _____ № _____

Главному врачу ГБУЗ АО «ОНД»

от _____

[Ф. И. О., дата рождения]

Отказ пациента от участия обучающихся в оказании медицинской помощи

Я, _____,
[Ф. И. О. пациента], [число, месяц, год рождения]

настоящим отказываюсь от оказания мне медицинской помощи в рамках практической подготовки обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования в ГБУЗ АО «ОНД». Я проинформирован и отказываюсь от участия обучающихся в оказании мне медицинской помощи.

Информацию до пациента довел: _____
[подпись, инициалы, фамилия врача]

Пациент: _____
[подпись, инициалы, фамилия]

_____ [число, месяц, год]