



ДОМ ЗДРАВЉА ГОРЊИ МИЛАНОВАЦ

Пријемник:	17.5.2018.	
Чл. бр.	Бр.	Продлог
7175/198		

ПРОЦЕДУРА
у случају одбијања медицинског третмана

Број процедуре	Датум израде процедуре	Датум измене процедуре
3.8.	15.12.2017	
Израдио Марија Бојовић Администратор подршке корисницима информационих система	Контролисао Ивана Зарић, дипл.правник	
Тим УПРАВЉАЊЕ ИНФОРМАЦИЈАМА		



1. ЦИЉ

Овом процедуром утврђује се поступак у случају одбијања медицинског третмана.

2. ОБЛАСТ ПРИМЕНЕ

Процедура је намењена запосленима у свим службама Дома здравља Горњи Милановац.

3. ДЕФИНИЦИЈА

3.1 Процедуром у случају одбијања медицинске мере дефинише се поступак и редослед мера који запослени предузимају приликом одбијања медицинског третмана од стране пацијента.

4. ОДГОВОРНОСТ

4.1 Одговорни за контролу процедуре су главна сестра службе, шеф и начелник службе.

4.2 Одговорни за спровођење процедуре су лекари и медицинске сестре.

5. ПОСТУПАК

5.1 Здравствени радник пружа пацијенту благовремено информације које су потребне пацијенту како би донео одлуку да пристане или не пристане на предложену медицинску меру

5.2 Пацијент има право да слободно одлучује о примени медицинских мера

5.3 Свој пристанак пацијент даје изричито усмено или писмено, односно прећутно ако се није изричито противио.

5.4 Пацијент има право да предложену медицинску меру одбије чак и у случају када се њом спасава или одржава његов живот

5.5 Здравствени радник је дужан да пацијенту укаже на последице одлуке о одбијању предложене медицинске мере и да о томе од пацијента тражи писмену изјаву, а ако пацијент одбије давање писмене изјаве сачиниће се службена белешка.

5.6 Писмена изјава о одбијању медицинске мере чува се у здравственом картону.

5.7 Медицинске мере се могу предузети без сагласности пацијента у случају када је пацијент без свести и из других разлога није у стању да саопшти свој пристанак о чему ће се обавестити чланови уже породице увек када је то могуће.

5.8 Ако је пацијент малолетан или лишен пословне способности, медицинска мера над њим може се предузети уз обавештење и пристанак његовог законског заступника (родитељ, старатељ, усвојитељ), који је претходно обавештен у складу са чланом 11. Закона о правима пацијената.

5.9 У случају одбијања медицинске мере, а уважавајући став пацијента, изабрани тим омогућава континуитет медицинске мере на следећи начин:

*проналажењем алтернативне мере у складу са стручним знањем до границе која је могућа и медицински оправдана, а на коју пацијент пристаје;

*упућивањем пацијента на секундарни ниво здравствене заштите.

6. ЗАПИСИ

6.1 Образац за одбијање медицинске мере

Број:

Датум:

**Образац: ИЗЈАВА О ОДБИЈАЊУ МЕДИЦИНСКЕ
МЕРЕ/ВАКЦИНАЦИЈЕ**

Ја, _____, из
_____, лк
_____;

након указивања од стране здравствених радника Дома здравља Горњи Милановац, службе
_____ о
ризицима и последицама моје одлуке о одбијању медицинског третмана/вакцинације,
одлучујем да **ОДБИЈЕМ** _____

Разлог	одбијања	предложене	медицинске	мере/вакцинације
_____	_____	_____	_____	_____

Изјаву дајем:

1. у своје име

2. у име малолетног детета _____, датум рођења
_____.

3. у име лица коме сам старатељ _____, датум рођења
_____.

4. у име лица чији сам законски заступник _____, датум рођења
_____.

Потпис здравственог радника

Потпис лица које одбија
медицинску меру/вакцинацију

датум:

*уколико пацијент одбије давање писмене изјаве, здравствени радник ће сачинити службену белешку.