



Na osnovu člana 19. stav 5. a u vezi sa članom 80. Zakona o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata ("Službene novine Federacije BiH", broj 40/10), federalni ministar zdravstva donosi

**PRAVILNIK
O OBRASCU SAGLASNOSTI, ODNOSNO PRISTANKA
PACIJENTA NA PREDLOŽENU MEDICINSKU MJERU,
TE OBRASCU IZJAVE O ODBIJANJU POJEDINE
MEDICINSKE MJERE**

I - OPĆE ODREDBE

Član 1.

- (1) Ovim pravilnikom uređuje se sadržaj obrasca saglasnosti, odnosno pristanka pacijenta na pojedinu predloženu medicinsku mjeru (u daljnjem tekstu: Obrazac saglasnosti), kao i sadržaj obrasca izjave o odbijanju pojedine medicinske mjere (u daljnjem tekstu: Obrazac izjave o odbijanju medicinske mjere).
- (2) Pod medicinskom mjerom u smislu ovog pravilnika podrazumijevaju se preporučeni dijagnostički i terapijski postupci, kao i, u skladu sa propisima o zdravstvenoj zaštiti, dozvoljene metode i postupci alternativne medicine.

**II - OBRASCI SAGLASNOSTI, ODNOSNO PRISTANKA
PACIJENTA NA PREDLOŽENU MEDICINSKU MJERU
I IZJAVE O ODBIJANJU POJEDINE MEDICINSKE
MJERE**

Član 2.

- (1) Pristanak pacijenta na predloženu medicinsku mjeru može biti izražen usmeno i pismeno u skladu sa propisima o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata.
- (2) Pisani pristanak na predloženu medicinsku mjeru, pacijent, odnosno njegov zakonski zastupnik ili staratelj, izražava potpisivanjem Obrasca saglasnosti koji je sastavni dio ovog pravilnika (Prilog 1.).
- (3) Pisani pristanak pacijenta na Obrascu saglasnosti obavezan je za invazivne dijagnostičke zahvate i operativne zahvate.
- (4) Izuzetno od stava 3. ovog člana pisani pristanak pacijenta na Obrascu saglasnosti zdravstvena ustanova, odnosno privatna praksa može primijeniti i za druge medicinske mjere.

Član 3.

- (1) Pacijent ima pravo da predloženu medicinsku mjeru odbije, u skladu sa propisima o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata.
- (2) Pacijent, odnosno njegov zakonski zastupnik ili staratelj odbijanje predložene medicinske mjere izražava potpisivanjem Obrasca izjave o odbijanju medicinske mjere, koji je sastavni dio ovog pravilnika (Prilog 2.).

Član 4.

- (1) Ukoliko pacijent odbija da potpiše obrasce iz čl. 2. i 3. ovog pravilnika, nadležni doktor medicine/stomatologije sačinjava detaljnu službenu zabilješku u kojoj navodi razloge o tome.
- (2) Službena zabilješka mora biti potpisana od strane ordinirajućeg doktora medicine/stomatologije, te od još jedne osobe ukoliko je prisutna tokom obavještanja pacijenta.

Član 5.

- (1) Obrazac saglasnosti, odnosno obrazac izjave o odbijanju predložene medicinske mjere pacijent potpisuje nakon što je dobio dovoljno obuhvatno, tačno i blagovremeno

obavještenje u skladu sa propisima o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata.

- (2) Obuhvatnost obavještanja cijeni se u svakom posebnom slučaju prema mogućnosti da pacijent nadležnom doktoru medicine/stomatologije može postavljati pitanja nakon ili u toku obavještanja i na njih dobivati njemu razumljive odgovore.
- (3) Tačnost obavještanja zasniva se na spoznatim medicinskim i drugim činjenicama tokom pregleda i liječenja pacijenta.
- (4) Blagovremenost obavještanja definiše se kao obavještanje pacijenta o kliničkim nalazima i predloženim medicinskim mjerama, ostavljajući pacijentu najmanje 24 sata od davanja obavještanja, da može razmisлити o svojoj odluci, izuzev u hitnim slučajevima.

Član 6.

Obavještenje iz člana 5. ovog pravilnika sadrži sljedeće:

- obavještenje pacijenta o pravu na odlučivanje o pristanku, odnosno odbijanju predložene medicinske mjere, kao i o pravu na povlačenje pristanka,
- obavještenje pacijenta o pravu na odbijanje prijema obavještanja, kao i mogućnošću da odredi osobu koja će primiti puno obavještenje u njegovo ime,
- opis i objašnjenje dijagnoze i prognoze bolesti,
- opis cilja i koristi od predložene medicinske mjere (termin),
- opis i objašnjenje o vrsti i vjerovatnoći mogućih rizika, bolnih i drugih sporednih ili trajnih posljedica, a u skladu sa stručnim stavovima,
- opis i objašnjenje mogućih promjena stanja poslije poduzimanja predložene medicinske mjere, kao i mogućim nužnim promjenama u načinu života,
- objašnjenje dejstva lijekova i mogućim nuspojavama tog lijeka,
- upoznavanje sa drugim mogućim metodama liječenja sa opisom koristi i rizika svake od tih metoda, uključujući i efekt neliječenja,
- objašnjenje o daljnjem toku pružanja zdravstvene zaštite koji uključuje druge medicinske mjere i ostalim uslugama koje su na raspolaganju pacijentu, a ne pripadaju isključivo medicinskim mjerama,
- informacije o organizacijskim aspektima njegovog liječenja,
- informacije o načinu zakazivanja pregleda, dijagnostičkih i terapijskih procedura i jasno objašnjenje u slučaju odgađanja ili odustajanja od medicinske mjere,
- o listi čekanja, vremenu čekanja, načinu formiranja liste čekanja, kao i sa terminom izvođenja medicinske mjere, odnosno informacije o načinu zakazivanja termina,
- informacija o zakazanom terminu za predloženu medicinsku mjeru,
- pravima iz zdravstvenog osiguranja i postupcima za ostvarivanje tih prava.

Član 7.

- (1) Obavještenje iz člana 5. ovog pravilnika daje nadležni doktor medicine/stomatologije, u skladu sa propisima o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata u usmenoj ili pismenoj formi.
- (2) Medicinske mjere za koje obavještenje treba biti u pisanoj formi i njihov sadržaj utvrđuje zdravstvena ustanova, odnosno privatna praksa.
- (3) Obavještenje iz stava 2. ovog člana, sastavni je dio obrazaca iz člana 1. ovog pravilnika.



III - PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 8.

Zdravstvene ustanove i privatna praksa dužne su u roku od šest mjeseci od dana stupanja na snagu ovog pravilnika uskladiti svoje poslovanje sa odredbama ovog pravilnika.

Član 9.

Ovaj pravilnik stupa na snagu osmog dana od dana objavljivanja u "Službenim novinama Federacije BiH".

Broj 01-37-6560/13
20. novembra 2013. godine
Sarajevo

Ministar
Prof. dr. **Rusmir Mesihović**, s. r.

Prilog 1.

OBRAZAC SAGLASNOSTI

Zdravstvena ustanova:		
Organizaciona jedinica:		
----- (naziv predložene medicinske mjere)		
Mjesto:.....dan/mjesec/godina/		vrijeme:
..... (ime, ime jednog roditelja i prezime pacijenta)	Datum rođenja pacijenta:	SPOL
..... (ime i prezime zakonskog zastupnika/staratelja)		M Ž
Mjesto rođenja:	Adresa stanovanja:	Broj zdravstvene knjižice:
Popunjava zdravstvena ustanova		

Popunjava pacijent:

Potpisujući ovaj formular potvrđujem da sam dobio/la obavještenja i informacije o predloženoj medicinskoj mjeri prije procedure. Informacije sam dobio/la na razumljivom jeziku usmeno/pismeno, odnosno i usmeno i pismeno (zaokružiti) od nadležnog doktora medicine/stomatologije, i to:	Molimo Vas da svaku pročitano izjavu parafirate
Obavješten/a sam da nakon dobivanja svih obavještenja i informacija mogu odbiti predloženu medicinsku mjeru	
Obavješten/a sam da mogu odbiti prijem obuhvatne, tačne i blagovremene obavijesti o mojoj bolesti, načinu i toku liječenja, kao i da mogu ovlastiti drugu osobu da primi ista u moje ime, te izjavljujem da:	
1. pristajem primiti obavještenja	
2. ne pristajem primiti obavještenja	
3. ovlaštujem.....da primi obavještenja u moje ime	
Opisani su mi i objašnjeni moja dijagnoza i prognoza bolesti	
Opisani su mi cilj i koristi od predložene medicinske mjere	
Objašnjeni su mi vrste i vjerovatnoća mogućih rizika, bolnih i drugih sporednih ili trajnih posljedica	
Obavješten/a sam o mogućim promjenama stanja poslije poduzimanja predložene medicinske mjere, kao i mogućim nužnim promjenama u načinu života	
Obavješten/a sam o dejstvu lijekova i mogućim nuspojavama tog lijeka	
Obavješten/a sam o drugim mogućim metodama liječenja sa opisom koristi i rizika svake od tih metoda, uključujući i efekt neliječenja	
Informiran/a sam o daljem toku pružanja zdravstvene zaštite koji uključuje druge medicinske mjere i ostale usluge koje su mi na raspolaganju, a ne pripadaju isključivo medicinskim mjerama	
Obavješten/a sam o pravu na odlučivanje o predloženoj medicinskoj mjeri, o pravu na odbijanje medicinske mjere, kao i sa mogućnošću povlačenja pristanka	
Informiran/a sam o organizacijskim aspektima liječenja, o listi čekanja, vremenu čekanja, načinu formiranja liste čekanja, odnosno informacije o načinu zakazivanja termina	
Upoznat/a sam sa terminom izvođenja medicinske mjere	
Bilo mi je omogućeno da postavljam pitanja i da na njih dobijem zadovoljavajuće odgovore	
Pacijent/ zakonski zastupnik/staratelj pacijenta <u>obavezno</u> potpisuje jednu od navedenih Potvrda, a u skladu sa okolnostima datog slučaja	
..... (ime i prezime doktora medicine/stomatologije)	Potvrđujem da sam primio/la sve navedene informacije od nadležnog doktora medicine/stomatologije i izjavljujem da slobodnom voljom, pristajem na predloženi dijagnostički, odnosno terapijski postupak.



..... (potpis i faksimil liječnika) (potpis pacijenta) ----- (potpis zakonskog zastupnika/staratelja)
..... (ime i prezime doktora medicine/stomatologije) (potpis i faksimil liječnika)	Potvrđujem da sam odbio/la primiti sve navedene informacije od nadležnog doktora medicine/stomatologije i izjavljujem da slobodnom voljom, pristajem na predloženi dijagnostički, odnosno terapijski postupak. (potpis pacijenta) ----- (potpis zakonskog zastupnika/staratelja)
..... (ime i prezime doktora medicine/stomatologije) (potpis i faksimil liječnika)	Potvrđujem da sam odbio/la primiti sve navedene informacije od nadležnog doktora medicine/stomatologije, te odredio/la osobu koja će iste primiti za mene, i izjavljujem da slobodnom voljom pristajem na predloženi dijagnostički, odnosno terapijski postupak. (potpis pacijenta) ----- (potpis zakonskog zastupnika/staratelja)

**Prilog 2.****OBRAZAC IZJAVE O ODBIJANJU PREDLOŽENE MEDICINSKE MJERE**

Zdravstvena ustanova:			
Organizaciona jedinica:			
----- (naziv predložene medicinske mjere)			
Mjesto:.....dan/mjesec/godina/		vrijeme:	
..... (ime, ime jednog roditelja i prezime pacijenta)	Datum rođenja pacijenta:	SPOL	
..... (ime i prezime zakonskog zastupnika/staratelja)		M	Ž
Mjesto rođenja:	Adresa stanovanja:	Broj zdravstvene knjižice:	
Popunjava ovlaštena osoba zdravstvene ustanove /privatne prakse			

Popunjava pacijent:

Potpisujući ovaj formular potvrđujem da sam dobio/la obavještenja i informacije o predloženoj medicinskoj mjeri prije procedure. Informacije sam dobio/la na razumljivom jeziku usmeno/pismeno, odnosno i usmeno i pismeno (zaokružiti) od nadležnog doktora medicine/stomatologije, i to:	Molimo Vas da svaku pročitano izjavu parafirate
Obaviješten/a sam da nakon dobivanja svih obavještenja i informacija mogu odbiti predloženu medicinsku mjeru	
Obaviješten/a sam da mogu odbiti prijem obuhvatnog, tačnog i blagovremenog obavještenja o mojoj bolesti, načinu i toku liječenja, kao i da mogu ovlastiti drugu osobu da primi ista u moje ime, te izjavljujem da:	
1. pristajem primiti obavještenja	
2. ne pristajem primiti obavještenja	
Opisani su mi i objašnjeni moja dijagnoza i prognoza bolesti	
Opisani su mi cilj i koristi od predložene medicinske mjere	
Objašnjeni su mi vrste i vjerovatnoća mogućih rizika, bolnih i drugih sporednih ili trajnih posljedica	
Obaviješten/a sam o mogućim promjenama stanja poslije poduzimanja predložene medicinske mjere, kao i mogućim nužnim promjenama u načinu života	
Obaviješten/a sam o dejstvu lijekova i mogućim nuspojavama tog lijeka	
Obaviješten/a sam o drugim mogućim metodama liječenja sa opisom koristi i rizika svake od tih metoda, uključujući i efekt neliječenja	
Informiran/a sam o daljem toku pružanja zdravstvene zaštite koji uključuje druge medicinske mjere i ostale usluge koje su mi na raspolaganju, a ne pripadaju isključivo medicinskim mjerama	
Obaviješten/a sam o pravu na odlučivanje o predloženoj medicinskoj mjeri, o pravu na odbijanje medicinske mjere, kao i sa mogućnošću povlačenja pristanka	
Informiran/a sam o organizacijskim aspektima liječenja, o listi čekanja, vremenu čekanja, načinu formiranja liste čekanja, odnosno informacije o načinu zakazivanja termina	
Upoznat/a sam sa terminom izvođenja medicinske mjere	
Bilo mi je omogućeno da postavljam pitanja i da na njih dobijem zadovoljavajuće odgovore	
Pacijent/zakonski zastupnik/staratelj pacijenta obavezno potpisuje jednu od navedenih Potvrda, a u skladu sa okolnostima datog slučaja	



<p>..... (име и презиме доктора медицине/stomatologije)</p> <p>..... (потпис и факсимил liječника)</p>	<p>Potvrđujem da sam primio/la sve navedene informacije od nadležnog doktora medicine/stomatologije izjavljujem da slobodnom voljom ODBIJAM predloženi dijagnostički, odnosno terapijski postupak.</p> <p>..... (потпис pacijenta)</p> <p>..... (потпис zakonskog zastupnika/staratelja)</p>
<p>..... (име и презиме доктора медицине/stomatologije)</p> <p>..... (потпис и факсимил liječника)</p>	<p>Potvrđujem da sam odbio/la primiti sve navedene informacije od nadležnog doktora medicine/stomatologije i izjavljujem da slobodnom voljom ODBIJAM predloženi dijagnostički, odnosno terapijski postupak.</p> <p>..... (потпис pacijenta)</p> <p>..... (потпис zakonskog zastupnika/staratelja)</p>