### Алгоритм регистрации согласия/отзыва согласия на прижизненное добровольное донорство

В ИС РПН регистрируются следующие заявления от физических лиц:

* на отказ от добровольного пожертвования (согласно п.10 статьи 169 Кодекса РК от 18.09.2009 г. № 193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения» - Изъятие тканей и (или) органов (части органов) у трупа не допускается, если организация здравоохранения на момент изъятия поставлена в известность о том, что при жизни данное лицо либо его супруг (супруга), близкие родственники или законный представитель заявили о своем несогласии на изъятие его тканей и (или) органов (части органов) после смерти для трансплантации реципиенту);
* на согласие на прижизненное донорство (данный вид заявления можно подать только тогда, когда ФЛ уже находится в регистре отказников. Также ФЛ может указать в заявление полный перечень органов либо частично);
* на отзыв согласия (ФЛ имеет право отозвать свое заявление согласия на прижизнен6ное донорство, тогда при регистрации заявления на отзыв согласия в ИС «РПН» у ФЛ возобновляется статус отказника).

Приложение 12
к приказу Министра здравоохранения
 и социального развития
 Республики Казахстан
 от 27 апреля 2015 года № 272

**Стандарт государственной услуги**
**«Регистрация согласия или отзыва согласия на прижизненное**
**добровольное пожертвование тканей (части ткани) и (или) органов**
**(части органов) после смерти в целях трансплантации»**

1. Перечень документов, необходимых для оказания государственной услуги:

 - документ, удостоверяющий личность;

 - заявление по форме, согласно приложению 4 или 5 к настоящему стандарту государственной услуги.

2. Срок оказания государственной услуги:

 - с момента сдачи пакета документов услугодателю – 3 (три) рабочих дня;

  - максимально допустимое время ожидания для сдачи пакета документов – не более 30(тридцати) мин.;

 - максимально допустимое время обслуживания - не более 30 (тридцати) минут.

3. Результат оказания государственной услуги:

1. справка о регистрации согласия на прижизненное добровольное пожертвование тканей (части ткани) и (или) органов (части органов) по форме согласно приложению 1 к настоящему стандарту либо справка об отказе в регистрации согласия на прижизненное добровольное пожертвование тканей (части ткани) и (или) органов (части органов) по форме согласно приложению 2 к настоящему стандарту;
2. справка о регистрации отзыва согласия на прижизненное добровольное пожертвование тканей (части ткани) и (или) органов (части органов) по форме согласно приложению 3 к настоящему стандарту.

4. Форма оказания государственной услуги – бумажная.

5. Государственная услуга оказывается физическим лицам бесплатно.

Приложение 1
 к стандарту государственной услуги
 «Регистрация согласия или отзыва согласия
 на прижизненное добровольное пожертвование
тканей (части ткани) и (или) органов (части органов)
 после смерти в целях трансплантации»

Форма

**Справка о регистрации согласия
            на прижизненное добровольное пожертвование
       тканей (части ткани) и (или) органов (части органов)
                после смерти в целях трансплантации**

Уважаемый (ая) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ваше согласие на прижизненное добровольное пожертвование тканей
(части ткани) и (или) органов (части органов) после смерти в целях
трансплантации зарегистрировано.

Дата регистрации: «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
руководителя организации ПМСП      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Печать организации ПМСП

Приложение 2
 к стандарту государственной услуги
 «Регистрация согласия или отзыва согласия
 на прижизненное добровольное пожертвование
тканей (части ткани) и (или) органов (части органов)
 после смерти в целях трансплантации»

Форма

**Справка об отказе в регистрации согласия
               на прижизненное добровольное пожертвование
           тканей (части ткани) и (или) органов (части органов)
                  после смерти в целях трансплантации**

Уважаемый(ая) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Вам отказано в регистрации согласия на прижизненное добровольное
пожертвование тканей (части ткани) и (или) органов (части органов)
после смерти в целях трансплантации.

Причина отказа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(наличие противопоказаний (ВИЧ/СПИД, гепатиты В и С, психические и
поведенческие расстройства, алкогольная и (или) наркотическая
зависимость)

Дата регистрации: «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_года.

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
руководителя организации ПМСП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Печать организации ПМСП

 Приложение 3
 к стандарту государственной услуги
 «Регистрация согласия или отзыва согласия
 на прижизненное добровольное пожертвование
тканей (части ткани) и (или) органов (части органов)
 после смерти в целях трансплантации»

Форма

**Справка о регистрации отзыва согласия
             на прижизненное добровольное пожертвование
        тканей (части ткани) и (или) органов (части органов)
                после смерти в целях трансплантации**

Уважаемый(ая) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ваш отзыв согласия на прижизненное добровольное пожертвование тканей
(части ткани) и (или) органов (части органов) после смерти в целях
трансплантации зарегистрирован.

Дата регистрации: «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_года.

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
руководителя организации ПМСП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Печать организации ПМСП

 Приложение 4
 к стандарту государственной услуги
 «Регистрация согласия или отзыва согласия
 на прижизненное добровольное пожертвование
тканей (части ткани) и (или) органов (части органов)
 после смерти в целях трансплантации»

Форма

**Заявление для регистрации отзыва согласия
           на прижизненное добровольное пожертвование
      тканей (части ткани) и (или) органов (части органов)
              после смерти в целях трансплантации**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                (фамилия, имя, отчество (при его наличии) лица)

Дата рождения «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 19 \_\_\_\_\_г.р.

ИИН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (№, дата выдачи документа, удостоверяющего личность, кем и
когда выдан)

Я отзываю данное мною ранее согласие на прижизненное добровольное
пожертвование тканей (части ткани) и (или) органов (части органов)
после смерти для трансплантации.

Даю согласие на занесение, сбор, обработку и хранение моих
персональных данных.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/
(фамилия, имя, отчество (при его наличии) лица)   подпись

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.
      дата подписания

 Приложение 5
 к стандарту государственной услуги
 «Регистрация согласия или отзыва согласия
 на прижизненное добровольное пожертвование
тканей (части ткани) и (или) органов (части органов)
 после смерти в целях трансплантации»

Форма

**Заявление**           **для регистрации согласия на прижизненное добровольное
                пожертвование тканей (части ткани) и (или)
        органов (части органов) после смерти в целях трансплантации**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
           (фамилия, имя, отчество (при его наличии) лица)

Дата рождения «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 19 \_\_\_\_г.р.
ИИН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(документ, удостоверяющий личность: №, кем и когда выдан)

Выберите один из возможных вариантов:
1. Я подтверждаю, что в случае установленного факта моей смерти
любые мои внутренние органы и ткани могут быть взяты для
трансплантации.
2. Можно забрать все органы, кроме:
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Можно забрать только \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Даю согласие на занесение, сбор, обработку и хранение моих
персональных данных.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/
(фамилия, имя, отчество (при его наличии) лица)    подпись

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.
      дата подписания