

18 марта 2013 г. № 19

Об утверждении Инструкции о порядке создания и ведения Единого регистра трансплантации

Изменения и дополнения:

Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 апреля 2015 г. № 38 (зарегистрировано в Национальном реестре - № 8/29958 от 03.06.2015 г.) <W21529958>;

Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18 ноября 2019 г. № 102 (зарегистрировано в Национальном реестре - № 8/34874 от 13.12.2019 г.) <W21934874>;

Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 7 октября 2021 г. № 107 (зарегистрировано в Национальном реестре - № 8/37309 от 02.11.2021 г.) <W22137309>

На основании части второй пункта 1 постановления Совета Министров Республики Беларусь от 27 декабря 2012 г. № 1216 «О порядке создания и ведения Единого регистра трансплантации», подпункта 9.1 пункта 9 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Утвердить Инструкцию о порядке создания и ведения Единого регистра трансплантации (прилагается).

2. Настоящее постановление вступает в силу после его официального опубликования.

Первый заместитель Министра

Д.Л.Пиневич

СОГЛАСОВАНО

Председатель
Минского городского
исполнительного комитета
Н.А.Ладутько
01.03.2013

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
18.03.2013 № 19

ИНСТРУКЦИЯ

о порядке создания и ведения Единого регистра трансплантации

1. Настоящая Инструкция определяет порядок создания и ведения Единого регистра трансплантации органов и (или) тканей человека (далее – Единый регистр).

2. Для целей настоящей Инструкции используются основные термины и определения в значениях, определенных Законом Республики Беларусь от 4 марта 1997 г. № 28-З «О трансплантации органов и тканей человека».

3. Единый регистр создается Министерством здравоохранения (далее – Минздрав) и функционирует на базе государственного учреждения «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии» (далее – центр).

4. Включению в Единый регистр подлежат сведения:

о лицах, которые в порядке, установленном Законом Республики Беларусь «О трансплантации органов и тканей человека», заявили о несогласии на забор органов и (или) тканей человека (далее – забор органов) для трансплантации органов и (или) тканей человека (далее – трансплантация) после смерти (далее – сведения о несогласии лица на эксплантацию);

- о лицах, которым проведена трансплантация;
- о лицах, у которых осуществлен забор органов.

5. Центр обеспечивает техническое сопровождение Единого регистра, в том числе автоматизированное объединение сведений, включаемых в Единый регистр, их актуализацию, хранение, защиту, своевременное предоставление данных сведений органам и организациям системы Минздрава для выполнения ими функций, предусмотренных законодательством, осуществляет иные полномочия по ведению Единого регистра.

6. Сведения, включенные в Единый регистр и составляющие врачебную тайну, предоставляются в соответствии со статьей 46 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХІІ «О здравоохранении».

Сведения, включенные в Единый регистр, относящиеся к информации, распространение и (или) предоставление которой в соответствии с законодательством ограничено, предоставляются заинтересованным государственным органам и организациям в соответствии с частью второй статьи 18 Закона Республики Беларусь от 10 ноября 2008 г. № 455-З «Об информации, информатизации и защите информации».

7. Сведения, указанные в пункте 4 настоящей Инструкции, направляются для включения в Единый регистр в следующем порядке:

государственная организация здравоохранения после поступления заявления о несогласии на забор органов для трансплантации после смерти по форме согласно приложению 1 направляет в Единый регистр в порядке, установленном частью второй статьи 10¹ Закона Республики Беларусь «О трансплантации органов и тканей человека», сведения о несогласии лица на эксплантацию по форме согласно приложению 2;

государственная организация здравоохранения, осуществившая трансплантацию, в течение двух рабочих дней с даты проведения трансплантации направляет в Единый регистр сведения о пациенте, которому проведена трансплантация, по форме согласно приложению 3;

государственная организация здравоохранения после поступления письменного заявления об отзыве письменного заявления о несогласии на забор органов для трансплантации после смерти по форме согласно приложению 4 направляет в Единый регистр в порядке, установленном частью пятой статьи 10¹ Закона Республики Беларусь «О трансплантации органов и тканей человека», сведения об отзыве письменного заявления о несогласии лица на забор органов по форме согласно приложению 5.

О включении сведений, указанных в пункте 4 настоящей Инструкции, в Единый регистр государственные организации здравоохранения, направившие соответствующие сведения, уведомляются не позднее одного рабочего дня со дня их включения в Единый регистр.

Врач-специалист отделения по координации государственной организации здравоохранения, ответственный за забор донорских органов у умершего донора, в течение двух рабочих дней с даты забора органов направляет в Единый регистр сведения об умершем доноре по форме согласно приложению 6.

Врач-трансплантолог, ответственный за забор органов у живого донора, после забора органов у живого донора в течение двух рабочих дней с даты забора органов направляет в Единый регистр сведения о живом доноре по форме согласно приложению 7.

8. Сведения о несогласии лица на эксплантацию по форме согласно приложению 2, сведения о пациенте, которому проведена трансплантация по форме согласно приложению 3, сведения об отзыве письменного заявления о несогласии лица на забор органов согласно приложению 5, сведения об умершем доноре согласно приложению 6, сведения о живом доноре согласно приложению 7 заполняются на бумажном носителе и в электронном виде и направляются для включения в Единый регистр.

9. Исключен.

ЗАЯВЛЕНИЕ
о несогласии на забор органов для трансплантации после смерти

Наименование
государственной организации здравоохранения
_____ 20__ № _____

Я, _____
(фамилия, собственное имя, отчество (если такое имеется), дата рождения)
проживающий(ая) (зарегистрированный)(ая) по адресу _____

документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ номер _____
кем и когда выдан _____
идентификационный номер (при наличии) _____
контактные телефоны _____

заявляю о несогласии на забор органов для трансплантации после моей смерти.
Данные сведения могут предоставляться заинтересованным государственным органам и
организациям в целях осуществления возложенных на них в соответствии с
законодательством функций.

(дата) _____ (подпись) _____ (фамилия, инициалы)

Я, _____
(фамилия, собственное имя, отчество (если такое имеется), дата рождения)
проживающий(ая) (зарегистрированный)(ая) по адресу _____

документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ номер _____
кем и когда выдан _____
идентификационный номер (при наличии) _____
являюсь _____

(супруг (супруга), близкий родственник, законный представитель)
и заявляю о несогласии на забор органов для трансплантации после смерти у

(фамилия, собственное имя,
отчество (если таковое имеется)
проживающего(ей) (зарегистрированного)(ой) по адресу _____

документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ номер _____
кем и когда выдан _____
идентификационный номер (при наличии) _____

Данные сведения могут предоставляться заинтересованным государственным органам и
организациям в целях осуществления возложенных на них в соответствии с
законодательством функций.

(дата) _____ (подпись) _____ (фамилия, инициалы)

Форма

Сведения о несогласии лица на эксплантацию

Наименование
государственной организации здравоохранения
_____ 20__ № _____

1. Фамилия _____
- Собственное имя _____
- Отчество (если таковое имеется) _____
2. Дата рождения _____
3. Гражданство _____
4. Сведения о документе, удостоверяющем личность _____
серия _____ номер _____ дата и место выдачи _____
- идентификационный номер (при наличии) _____
5. Место проживания (пребывания) _____
6. Дата написания заявления в государственную организацию здравоохранения _____
7. Иные сведения _____

(должность уполномоченного
лица государственной организации
здравоохранения)

(подпись)

(фамилия, инициалы)

Форма

Сведения о пациенте, которому проведена трансплантация

Наименование
государственной организации здравоохранения
_____ 20__ № _____

1. Фамилия _____
- Собственное имя _____
- Отчество (если таковое имеется) _____
2. Дата рождения _____
3. Гражданство _____
4. Сведения о документе, удостоверяющем личность _____
серия _____ номер _____ дата и место выдачи _____
- идентификационный номер (при наличии) _____
5. Образование _____ профессия _____
6. Место проживания (пребывания) _____

7. Группа крови, резус-фактор _____
8. Государственная организация здравоохранения, в которой выполнена трансплантация _____
9. Дата поступления в государственную организацию здравоохранения, в которой была осуществлена трансплантация _____
10. Диагноз _____
11. Дата и название операции по трансплантации _____
12. Исход _____
13. Иные сведения _____

(должность уполномоченного
лица государственной организации
здравоохранения)

(подпись)

(фамилия, инициалы)

Приложение 4
к Инструкции о порядке
создания и ведения Единого
регистра трансплантации
(в редакции постановления
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
18.11.2019 № 102)

Форма

ЗАЯВЛЕНИЕ
об отзыве письменного заявления о несогласии на забор органов
для трансплантации после смерти

Наименование
государственной организации здравоохранения
_____ 20__ № _____

Я, _____
(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется), дата рождения)
проживающий(ая) (зарегистрированный)(ая) по адресу _____
документ, удостоверяющий личность _____
серия _____ номер _____
кем и когда выдан _____
идентификационный номер (при наличии) _____
контактные телефоны _____

заявляю об отзыве письменного заявления о несогласии на забор органов для
трансплантации после моей смерти, представленного в _____
дата _____

Данные сведения могут предоставляться заинтересованным государственным органам
и организациям в целях осуществления возложенных на них в соответствии
с законодательством функций.

(дата)

(подпись)

(фамилия, инициалы)

Я, _____
(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется), дата рождения)

проживающий(ая) (зарегистрированный)(ая) по адресу _____
документ, удостоверяющий личность _____
серия _____ номер _____
кем и когда выдан _____
идентификационный номер (при наличии) _____
являюсь _____

(супруг (супруга), близкий родственник, законный представитель)

и заявляю об отзыве письменного заявления о несогласии на забор органов для трансплантации после смерти у _____

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется))

проживающего(ей) (зарегистрированного)(ой) по адресу _____

документ, удостоверяющий личность _____
серия _____ номер _____
кем и когда выдан _____
идентификационный номер (при наличии) _____
контактные телефоны _____

Данные сведения могут предоставляться заинтересованным государственным органам и организациям в целях осуществления возложенных на них в соответствии с законодательством функций.

(дата)

(подпись)

(фамилия, инициалы)

Приложение 5
к Инструкции о порядке
создания и ведения Единого
регистра трансплантации
(в редакции постановления
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
18.11.2019 № 102)

Форма

СВЕДЕНИЯ

об отзыве письменного заявления о несогласии лица на забор органов

Наименование
государственной организации здравоохранения

_____ 20__ № _____

1. Фамилия _____

Собственное имя _____

Отчество (если таковое имеется) _____

2. Дата рождения _____

3. Гражданство _____

4. Сведения о документе, удостоверяющем личность _____

серия _____ номер _____ дата и место выдачи _____

идентификационный номер (при наличии) _____

5. Место проживания (пребывания) _____

6. Дата написания заявления об отзыве письменного заявления о несогласии на забор органов для трансплантации после смерти в государственную организацию здравоохранения _____

7. Иные сведения _____

(должность уполномоченного лица
государственной организации
здравоохранения)

(подпись)

(фамилия, инициалы)

Приложение 6
к Инструкции о порядке
создания и ведения Единого
регистра трансплантации
(в редакции постановления
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
18.11.2019 № 102)

Форма

**СВЕДЕНИЯ
об умершем доноре**

1. Фамилия донора _____
Собственное имя _____
Отчество (если таковое имеется) _____
2. Пол _____ (мужской, женский) _____
3. Дата рождения _____
4. Возраст (количество полных лет) _____ номер истории болезни _____
5. Гражданство _____
6. Сведения о документе, удостоверяющем личность _____
серия _____ номер _____ дата и место выдачи _____
идентификационный номер (при наличии) _____
7. Место проживания (пребывания) _____
8. Рост донора _____ вес донора _____ группа крови _____ резус-фактор _____
9. Клинический диагноз _____
10. Дата и время забора органов _____
11. Органы и (или) ткани человека, которые были изъяты во время забора органов
у умершего донора _____
12. Наименование государственной организации здравоохранения, в которой произведен
забор органов и (или) тканей человека _____
13. Государственные организации здравоохранения, в которые переданы органы и (или)
ткани человека после забора органов _____
14. Бригада или врач-хирург, осуществившие забор донорских органов (указать
государственные организации здравоохранения) _____
15. Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) врача-специалиста
отделения по координации государственной организации здравоохранения, ответственного
за забор органов у умершего донора _____
16. Дата _____

(должность уполномоченного лица
государственной организации здравоохранения)

(подпись)

(фамилия, инициалы)

Форма

**СВЕДЕНИЯ
о живом доноре**

1. Фамилия донора _____
- Собственное имя _____
- Отчество (если таковое имеется) _____
2. Пол _____ (мужской, женский)
3. Дата рождения _____
4. Возраст (количество полных лет) _____ номер истории болезни _____
5. Гражданство _____
6. Сведения о документе, удостоверяющем личность _____
- серия _____ номер _____ дата и место выдачи _____
- _____
- идентификационный номер (при наличии) _____
7. Место проживания (пребывания) _____
8. Рост донора _____ вес донора _____ группа крови _____ резус-фактор _____
9. Степень родства с реципиентом _____
10. Дата и время забора органа и (или) тканей _____
11. Орган и (или) ткани человека, которые были изъяты во время забора органов у живого донора _____
12. Наименование государственной организации здравоохранения, в которой произведен забор органов _____
13. Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) врача государственной организации здравоохранения, предоставившего сведения _____
- _____
14. Дата _____