

KLINIKA ZA STOMATOLOGIJU NIŠ  
Bulevar dr Zorana Đinđića 52  
18000 Niš, Srbija  
Tel./Centrala 018 4226-216  
4222-403  
Tel./Fax 018 453-6736  
e-mail: stomatolog\_nis@ptt.rs  
www.kzsnis.rs



CLINIC OF DENTISTRY NIŠ  
Bulevar dr Zorana Đinđića 52  
18000 Niš, Serbia  
Tel./Centrala +381 18 4226-216  
4222-403  
Tel./Fax.+381 18 453-6736  
e-mail: stomatolog\_nis@ptt.rs  
www.kzsnis.rs

Број: 01-283  
Датум: 01.04.2016.године

## ПРОЦЕДУРА У СЛУЧАЈУ ОДБИЈАЊА МЕДИЦИНСКОГ ТРЕТМАНА

Број процедуре	Датум израде процедуре	Датум измене процедуре
<b>5.15.</b>	01.04.2016	
Процедуру израдила Вида Вилић, пом.директора за правне послове <i>Вида Вилић</i>	Процедуру оверио директор Доц.др Александар Митић <i>Александар Митић</i>	
Тим за стоматолошку здравствену заштиту <i>Кесел брелу</i>		

KLINIKA ZA STOMATOLOGIJU NIŠ  
Bulevar dr Zorana Đindića 52  
18000 Niš, Srbija  
Tel./Centrala 018 4226-216  
4222-403  
Tel./Fax 018 453-6736  
e-mail: stomatolog\_nis@ptt.rs  
www.kzsnis.rs



CLINIC OF DENTISTRY NIŠ  
Bulevar dr Zorana Đindića 52  
18000 Niš, Serbia  
Tel./Centrala +381 18 4226-216  
4222-403  
Tel./Fax.+381 18 453-6736  
e-mail: stomatolog\_nis@ptt.rs  
www.kzsnis.rs

Број: 01- 283  
Датум: 01.04.2016.године

На основу чл.23 ст.1 тач.1 Статута Клинике за стоматологију Ниш, Директор Клинике донео је дана 01.04.2016.године

**ПРОЦЕДУРУ У СЛУЧАЈУ ОДБИЈАЊА МЕДИЦИНСКОГ ТРЕТМАНА**  
**на основу Закона о правима пацијената (Сл.гласник РС бр. 45/2013)**

Процедура дефинише поступак давања сагласности и поступак у случају одбијања давања сагласности пацијента на предложену медицинску меру током боравка на Клиници за стоматологију Ниш.

**1. ПОДРУЧЈЕ ПРИМЕНЕ**

Процедура се примењује у свим организационим јединицама Клинике за стоматологију Ниш које се баве лечењем пацијената.

**2. ДЕФИНИСАЊЕ ПОЈМОВА**

**Пацијент** је лице, односно осигурано лице у смислу Закона о здравственом осигурању, болесно или здраво, које затражи или коме се пружа здравствена услуга ради очувања и унапређења здравља, спречавања, сузбијања и раног откривања болести, повреда и других поремећаја здравља и благовременог и ефикасног лечења и рехабилитације.

**Медицинска мера** је здравствена услуга која се пружа у превентивне, дијагностичке, терапијске и рехабилитационе сврхе.

**Чланови уже породице** су супружник или ванбрачни партнер, деца, браћа, сестре, родитељи, усвојитељ, усвојеник и друга лица која живе у заједничком породичном домаћинству са пацијентом.

**3. ОПИС ПОСТУПАКА И АКТИВНОСТИ**

Пацијент има право да слободно одлучује о свему што се тиче његовог живота и здравља, осим у случајевима када то директно угрожава живот и здравље других лица.

Без пристанка пацијента не сме се, по правилу, над њим предузети никаква медицинска мера.

Медицинска мера противно вољи пацијента, односно законског заступника детета, односно пацијента лишеног пословне способности, може се предузети само у изузетним случајевима, који су утврђени законом и који су у складу са лекарском етиком.

Пацијент може дати **пристанак** на предложену медицинску меру изричито (усмено или писмено), односно прећутно (ако се није изричито противио). За предузимање предложене



KLINIK ZA STOMATOLOGIJU NIŠ  
Bulevar dr Zorana Đinđića 52  
18000 Niš, Srbija  
Tel./Centrala 018 4226-216  
4222-403  
Tel./Fax 018 453-6736  
e-mail: stomatolog\_nis@ptt.rs  
www.kzsnis.rs



CLINIC OF DENTISTRY NIŠ  
Bulevar dr Zorana Đinđića 52  
18000 Niš, Serbia  
Tel./Centrala +381 18 4226-216  
4222-403  
Tel./Fax.+381 18 453-6736  
e-mail: stomatolog\_nis@ptt.rs  
www.kzsnis.rs

инвазивне дијагностичке и терапијске медицинске мере, неопходан је писмени пристанак пацијента, односно његовог законског заступника.

**Пацијент у картону потписује да је сагласан на медицинску меру и да је упознат са могућим последицама и током опоравка.** Пацијента не обавезује пристанак коме није претходило потребно обавештење здравственог радника, а надлежни здравствени радник који предузима медицинску меру, у том случају сноси ризик за штетне последице.

Пристанак на предложену медицинску меру пацијент може **опозвати** (усмено или писмено), све док не започне њено извођење, као и за време трајања лечења, под условима прописаним Законом.

Пацијент има право да **одреди лице** које ће у његово име дати пристанак, односно које ће бити обавештено о предузимању медицинских мера, у случају да пацијент постане неспособан да донесе одлуку о пристанку.

Пацијент, који је способан за расуђивање, има право да предложену медицинску меру **одбије**, чак и у случају када се њоме спасава или одржава његов живот. Надлежни здравствени радник дужан је да пацијенту укаже на последице његове одлуке о одбијању предложене медицинске мере, и да о томе од пацијента затражи писмену изјаву која се мора чувати у медицинској документацији, а ако пацијент одбије давање писмене изјаве, о томе ће сачинити службену белешку.

У медицинску документацију надлежни здравствени радник уписује податак о пристанку пацијента, односно његовог законског заступника на предложену медицинску меру, као и о одбијању те мере.

**Над пацијентом који је без свести**, или из других разлога није у стању да саопшти свој пристанак, хитна медицинска мера, може се предузети и без његовог пристанка, о чему ће се обавестити чланови уже породице, увек када је то могуће. Медицинска мера из става 1. овог члана у здравственој установи, предузима се на основу конзилијарног налаза. Ако законски заступник детета, односно пацијента лишеног пословне способности није доступан или одбија предложену хитну медицинску меру, хитна медицинска мера може се предузети ако је то у најбољем интересу пацијента. Ако се током оперативног захвата појави потреба за његовим проширењем, који се није могао претпоставити, проширење оперативног захвата може се обавити само ако је, на основу процене доктора медицине, односно доктора стоматологије који предузима тај захват, он неодложно потребан.

Ако је **пацијент дете или је лишен пословне способности**, медицинска мера може се предузети, уз пристанак његовог законског заступника, који је претходно обавештен у складу са Законом. Надлежни здравствени радник, односно здравствени сарадник дужан је да омогући да дете, односно пацијент лишен пословне способности и сам буде укључен у доношење одлуке о пристанку на предложену медицинску меру, у складу са његовом зрелашћу и способношћу за расуђивање. Надлежни здравствени радник, који сматра да законски заступник пацијента не поступа у најбољем интересу детета или лица лишеног пословне способности, дужан је да о томе одмах обавести надлежни орган старатељства.

**Дете, које је навршило 15 година живота** и које је способно за расуђивање може самостално дати пристанак на предложену медицинску меру, уз претходно обавештење, у складу са Законом. Ако дете одбије медицинску меру, надлежни здравствени радник дужан је да пристанак затражи од законског заступника.

KLINIKA ZA STOMATOLOGIJU NIŠ  
Bulevar dr Zorana Đinđića 52  
18000 Niš, Srbija  
Tel./Centrala 018 4226-216  
4222-403  
Tel./Fax 018 453-6736  
e-mail: stomatolog\_nis@ptt.rs  
www.kzsnis.rs



CLINIC OF DENTISTRY NIŠ  
Bulevar dr Zorana Đinđića 52  
18000 Niš, Serbia  
Tel./Centrala +381 18 4226-216  
4222-403  
Tel./Fax.+381 18 453-6736  
e-mail: stomatolog\_nis@ptt.rs  
www.kzsnis.rs

#### 4. ОДГОВОРНОСТ

За спровођење ове Процедуре одговорни су сви запослени Клинике за стоматологију Ниш.

За контролу спровођења Процедуре одговорни су: Директор Клинике, начелници Служби, одговорне сестре Служби и Главна сестра Клинике.

#### 5. РЕФЕРЕНТНИ ДОКУМЕНТИ

- Закон о правима пацијената
- Закон о здравственом осигурању.

#### 6. ПРАВНА ПРИМЕНА И ЗНАЧАЈ ПРОЦЕДУРЕ

Процедура ступа на снагу даном доношења, а почиње да се примењује 8 (осам) дана од дана доношења.



ДИРЕКТОР,

Доц др Александар Митић