



МОНГОЛ УЛСЫН  
ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН САЙДЫН  
ТУШААЛ

Захиргааны хэм хэмжээний  
актын улсын нэгдсэн санд  
2019 оны 03 сарын 21-ны  
өдрийн 4279 дугаарт бүртгээ.

2018 оны 12 сарын 07 өдөр

Дугаар А/502

Улаанбаатар хот

Журам батлах тухай

Монгол Улсын Засгийн газрын тухай хуулийн 24 дүгээр зүйлийн 2 дахь хэсэг, Донорын тухай хуулийн 13 дугаар зүйлийн 13.3 дахь хэсгийг тус тус үндэслэн ТУШААХ нь:

1. "Донорын зөвшөөрлийн тэмдэглэгээ хийх журам"-ыг нэгдүгээр, "Донорын зөвшөөрлийн хуудас"-ыг хоёрдугаар, "Донорын зөвшөөрлөөс татгалзах хуудас"-ыг гуравдугаар хавсралтаар тус тус баталсугай.

2. Тушаалын хэрэгжилтийг бодлогын нэгдсэн зохицуулалтаар хангаж ажиллахыг Эмнэлгийн тусламжийн газар /М.Баттүвшин/, Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв /Д.Ганцэцэг/-д тус тус үүрэг болгосугай.

3. Тушаалын хэрэгжилтэд хяналт тавьж ажиллахыг Хяналт-шинжилгээ, үнэлгээ, дотоод аудитын газарт даалгасугай.

19 мөрдөлийн  
19 мөрдөлийн 07  
1118270072, 0027443

САЙД

Д.САРАНГЭРЭЛ

54  
МОНГОЛ УЛСЫН  
ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН САЙД  
ХУУДАС ҮНЭН  
19 03 13

Эрүүл мэндийн сайдын 2018 оны  
12 дугаар сарын 07 ны өдрийн А/502  
дугаар тушаалын нэгдүгээр хавсралт

## Донорын зөвшөөрлийн тэмдэглэгээ хийх журам

### Нэг. Нийтлэг үндэслэл

1.1. Энэхүү журам нь донорын зөвшөөрөл, тэмдэглэгээ хийхтэй холбогдсон харилцааг зохицуулна.

### Хоёр. Донорын зөвшөөрлийн зохион байгуулалт, зохицуулалт

2.1. Донор болохыг зөвшөөрч гарын үсэг зурсан Монгол Улсын 25 насанд хүрсэн иргэнийг өмчийн бүх хэлбэрийн эрүүл мэндийн байгууллагын эмчилгээ эрхэлсэн орлогч дарга, чанарын менежер, тасгийн эрхлэгч, ахлагч эмч, эмчлэгч эмчийн аль нэг хүлээн авч, холбогдох хууль, журам, зөвлөмжийг танилцуулан, донорын зөвшөөрлийн хуудсыг хөтөлж, баталгаажуулан бүртгэлд авна.

2.2. Донорын зөвшөөрлийн хуудсанд иргэн донор болохоо зөвшөөрч гарын үсэг зурж баталгаажсан тохиолдолд тухайн иргэн болон түүний талаарх мэдээлэл нууцын зэрэглэлд хамаарна.

2.3. Донорын зөвшөөрлийн хуудсыг хүлээн авсан байгууллага тухайн мэдээллийг цахим шуудан болон утсаар 6 цагийн дотор Эрүүл мэндийн яамны харьяа Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвийн Эс, эд эрхтнийг шилжүүлэн суулгах үйл ажиллагааг зохицуулах албаны (цаашид "Зохицуулах алба" гэнэ) мэдээллийн нэгдсэн санд мэдээлж, бүртгүүлнэ. Донорын зөвшөөрлийн хуудсыг ажлын 3 хоногийн дотор Зохицуулах албанд албан бичгээр ирүүлнэ.

2.4. Зохицуулах алба нь нэгдсэн бүртгэл мэдээллийн санд донор болохыг зөвшөөрснөө илэрхийлсэн иргэний мэдээлэл болон зөвшөөрлийн хуудсыг хүлээн авч, цахим хуудсанд коджуулан байршуулж, зохицуулах албаны дарга гарын үсгийг зурж, баталгаажуулна.

2.5. Зохицуулах алба нь мэдээ, баримт бичгийг нууцлахдаа нууцын зэрэглэл тодорхойлсон тэмдэг дарж, төлөөлүүлсэн нэр, шифр, дугаарыг тавина.

2.6. Иргэн өөрийн зөвшөөрсөн шийдвэрээ өөрчилсөн тохиолдолд уг зөвшөөрлөө өгсөн эрүүл мэндийн байгууллага болон Зохицуулах албанд хандаж, донорын зөвшөөрлөөс татгалзсан хуудсыг гарын үсгээр зурж баталгаажуулан өгнө.

2.7. Зөвшөөрсөн шийдвэрээ өөрчилсөн тухай мэдээллийг эрүүл мэндийн байгууллага болон Зохицуулах албанд бүртгэгдсэн код, дугаараар мэдэгдэж, донорын зөвшөөрлөөс татгалзсан хуудсыг хүргүүлнэ.

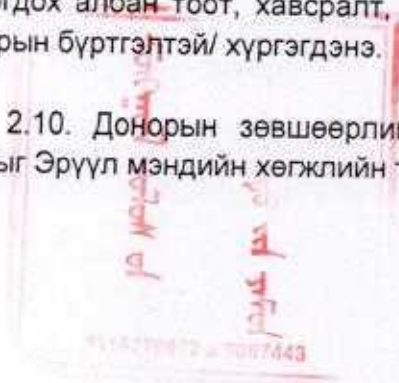
1118270972 м 9087443



2.8. Донорын зөвшөөрлийн болон зөвшөөрлөөс татгалзсан хуудас, мэдээллийг иргэний эрүүл мэндийн цахим хуудсанд коджуулан байршуулна.

2.9. Эрүүл мэндийн байгууллагад донор болох зөвшөөрөл илэрхийлэхтэй холбогдох албан тоот, хавсралт, маягт, танилцуулгын хамт /маягт, тоо, ширхэг, кодын дугаарын бүртгэлтэй/ хүргэгдэнэ.

2.10. Донорын зөвшөөрлийн хуудас болон донорын зөвшөөрлөөс татгалзсан хуудсыг Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвийн архивт 40 жил хадгална.



ooOoo

Эрүүл мэндийн сайдын 2018 оны  
12 дугаар сарын 07 өдрийн 150 дугаар  
тушаалын хоёрдугаар хавсралт



**Донорын зөвшөөрлийн хуудас-ДЗМ-1 (Маягт №1)**

Код, дугаар

Монгол Улсын иргэн ..... Ургийн овог, ..... Эцэг/эхийн  
нэр, ..... Нэр

Хэрвээ Миний бие гэнэтийн осол болон тархинд цус харваж тархины үхэлд орсон  
тохиолдолд бусдын амь насыг аврах хүнлэг өгөөмөр сэтгэлийн үүднээс өөрийн эрхтнээ  
бусдад шилжүүлэн суулгахыг зөвшөөрч байна.

Зөвшөөрсөн: Ургийн овог ..... Эцэг/эхийн нэр, .....  
Нэр ..... Регистрийн дугаар (Иргэний үнэмлэхний хуулбарыг хавсаргана)

Зөвшөөрсөн иргэний баталгаат гарын үсэг: Хүлээн авсан:

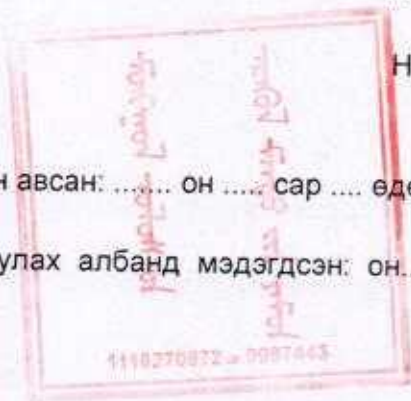
..... Албан тушаал: .....

/Гарын үсэг, тамга, тэмдэг/

Нэр: .....

Хүлээн авсан: ..... он ..... сар ..... өдөр ..... цаг ..... минут

Зохицуулах албанд мэдэгдсэн: он...сар...өдөр...цаг... минут



Эрүүл мэндийн сайдын 2018 оны  
12 дугаар сарын 07 өдрийн А/С дугаар  
тушаалын гуравдугаар хавсралт

**Донорын зөвшөөрлөөс татгалзах хуудас-ДЗМ-2 (Маягт №2)**

Код, дугаар:.....

Монгол Улсын иргэн ..... Ургийн овог, ..... Эцэг (эх)-ийн  
нэр, ..... Нэр би өөрийн эрхтнийг донор болгон шилжүүлэн  
суулгах зөвшөөрлөөс ..... шалтгааны улмаас  
..... оны ..... сарын ..... өдөр татгалзаж байна.

Донор болох зөвшөөрлөөс татгалзсан: ..... Эцэг (эх)-ийн нэр,  
..... Нэр ..... Регистрийн дугаар (Иргэний үнэмлэхийг  
хуулбарыг хавсаргана.)

Татгалзсан баталгаат гарын үсэг:

Хүлээн авсан:

.....

Албан тушаал: .....

/Гарын үсэг, тамга, тэмдэг/

Нэр: .....

