

Информированное согласие на проведение обследования на ВИЧ-инфекцию

Я, _____,
(Фамилия Имя Отчество, дата рождения)

настоящим подтверждаю, что на основании предоставленной мне информации, свободно и без принуждения, отдавая отчет о последствиях обследования, принял решение пройти тестирование на антитела к ВИЧ. Для этой цели я соглашаюсь сдать анализ крови. Я подтверждаю, что мне разъяснено, почему важно пройти тестирование на ВИЧ, как проводится тест и какие последствия может иметь тестирование на ВИЧ.

Я проинформирован, что:

- тестирование на ВИЧ проводится в ГБУЗ «ВОЦК» при каждой донации крови или ее компонентов. Тестирование является добровольным конфиденциальным (при предъявлении паспорта, результат будет известен обследуемому и врачу). В государственных медицинских учреждениях тестирование на ВИЧ проводится бесплатно;
- доказательством наличия ВИЧ-инфекции является присутствие антител к ВИЧ в крови обследуемого лица. Вместе с тем, в период между заражением и появлением антител к ВИЧ (так называемое «серонегативное окно», обычно 3 месяца) при тестировании не обнаруживаются антитела к ВИЧ и обследуемое лицо может заразить других лиц.
- ВИЧ-инфекция передается только тремя путями:
 - ✓ парентеральный - чаще всего при употреблении наркотиков, но может передаваться также при использовании нестерильного медицинского инструментария, переливании компонентов крови, нанесении татуировок, пирсинге зараженным инструментом, использовании чужих бритвенных и маникюрных принадлежностей;
 - ✓ при сексуальных контактах без презерватива;
 - ✓ от инфицированной ВИЧ матери к ребенку во время беременности, родов и при грудном вскармливании.

Информация изложена в доступной форме и мною прочитана _____

Подпись обследуемого на ВИЧ

Дата

Анкета по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19

№ п/п	Вопрос	Да	Нет
1	В течении предыдущих 14 дней посещали ли Вы страны и регионы, где зарегистрированы случаи заболевания новой коронавирусной инфекцией COVID-19		
2	В течении предыдущих 14 дней были ли у Вас контакты с лицами, находящимися под наблюдением/на карантине/в самоизоляции (в связи с прибытием из стран, где зарегистрированы случаи заболевания новой коронавирусной инфекцией COVID-19)		
3	В течении предыдущих 14 дней были ли у Вас контакты с лицами, у которых лабораторно подтвержден диагноз заболевания новой коронавирусной инфекцией COVID-19		
4	Был ли у Вас подтвержденный случай новой коронавирусной инфекции COVID-19 и дата выздоровления		

Дата «____» _____ 202__ г.

Подпись (донора) _____ расшифровка _____

Подпись (врача) _____ расшифровка _____

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

Я, _____ (Ф.И.О. гражданина)

" ____ " _____ г. рождения,

зарегистрированный по адресу: _____ (адрес места жительства гражданина либо

законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

_____ Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Волгоградский областной центр крови»

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____ (должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты оказания медицинской помощи, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

_____ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. медицинского работника)

" ____ " _____ г.
(дата оформления)

**ПЕРЕЧЕНЬ
ОПРЕДЕЛЕННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, НА КОТОРЫЕ ГРАЖДАНЕ ДАЮТ
ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПРИ ВЫБОРЕ ВРАЧА И МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ**

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я (далее – Субъект), _____

(Фамилия Имя Отчество)

документ удостоверяющий личность _____ Серия _____ № _____,
(вид документа)

выдан _____
(кем и когда)

зарегистрированный (ая) по адресу: _____

даю свое согласие

ГБУЗ «Волгоградский областной центр крови», Волгоград

(КОМУ указать организацию)

зарегистрированному по адресу: 400131, Волгоград, ул. Голубинская, д. 9а _____, на
обработку своих персональных данных, на следующих условиях:

- Оператор осуществляет обработку персональных данных Субъекта исключительно в целях _____ медицинской деятельности _____
ГБУЗ «ВОЦК», передачи данных в Единую государственную информационную систему социального обеспечения (ЕГИССО)
Пенсионного фонда России
- Перечень персональных данных, передаваемых Оператору на обработку: Фамилия, Имя, Отчество; дата рождения; паспортные данные; контактный телефон (дом., сотовый, рабочий); фактический адрес проживания; адрес размещения офиса; прочие.
- Субъект дает согласие на обработку Оператором своих персональных данных, то есть совершение, в том числе, следующих действий: обработку (включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных), при этом общее описание вышеуказанных способов обработки данных приведено в Федеральном законе от 27.07.2006 № 152-ФЗ, а также на передачу такой информации третьим лицам, в случаях, установленных нормативными документами вышестоящих органов и законодательством.
- Настоящее согласие действует бессрочно.
- Настоящее согласие может быть отозвано Субъектом в любой момент по соглашению сторон. В случае неправомерного использования предоставленных данных соглашение отзывается письменным заявлением субъекта персональных данных.
- Субъект по письменному запросу имеет право на получение информации, касающейся обработки его персональных данных (в соответствии с п. 4 ст. 14 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ).

« ____ » _____ 20____ Г. _____
Подпись _____ *ФИО*

Подтверждаю, что ознакомлен (а) с положениями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

« ____ » _____ 20____ Г. _____
Подпись _____ *ФИО*

С правилами внутреннего распорядка ознакомлен.

« ____ » _____ 20____ Г. _____
Подпись _____ *ФИО*

Главному врачу ГБУЗ «ВОЦК»,
Волгоград

П.Ш. Коновалову

_____ (Фамилия Имя Отчество)

Проживающий(ая) по адресу:

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, _____ (Фамилия Имя Отчество)

паспорт: _____ № _____, (серия) (номер) (код подразделения)

выдан _____ (когда, кем)

прошу Вас произвести замену бесплатного питания на денежную компенсацию.

_____ (дата)

_____ (подпись)

Анкета донора

Номер в ЕДЦ _____

ФИО донора _____

Номер в ЕДЦ _____

Дата рождения _____

Пол: муж/жен

_____ подчеркнуть

А. Общее состояние здоровья		да	нет	В. Были ли у вас когда-нибудь?		да	нет
1.	Общее самочувствие в настоящее время хорошее?			1.	Потеря веса?		
2.	Есть ли сейчас температура, головная боль, боль в горле, насморк, кашель?			2.	Ночные поты?		
3.	Употребляли ли за последние 4 часа пищу?			3.	Обмороки?		
4.	Употребляли ли за последние 48 часов алкоголь?			4.	Гепатит, венерические заболевания?		
5.	Производилось ли за последние 10 дней удаление зуба?			5.	Кроводачи, плазмодачи?		
6.	Принимали ли за последний месяц лекарства? Какие?			6.	Если да, то указать дату последней.		
7.	Производились ли прививки?			7.	Были ли отводы от кроводач?		
8.	Наблюдаетесь ли сейчас у врача?			8.	Если да, то указать дату отвода и причину отвода.		
	Если да, по какому поводу?			9.	Выезжали ли вы за рубеж за последние 3 года?		
				10.	Если да, то указать дату и страну, куда выезжали.		
Б. За прошедшие 6 месяцев				Примечание			
1.	Производили ли Вам инъекции лекарств?			1.	Состоите ли Вы на диспансерном учете?		
2.	Подвергались ли Вы хирургической операции?			2.	Если да, то указать ГДЕ (лечебно-профилактическое учреждение) и		
3.	Проводили ли Вам переливание крови или ее препаратов?			Г. Дополнительно для женщин.			
4.	Прокалывали ли Вам уши, делали ли acupuncture или татуировку?			1.	Беременны ли вы сейчас и была ли беременность за последние 6 недель?		
5.	Были ли Вы в контакте с больными гепатитом, желтухой, сифилисом, ВИЧ-инфекцией?			2.	Дата окончания последней менструации.		

Я прочитал(а), понял(а) и правильно ответил(а) на все вопросы анкеты, а также получил(а) ответы в доступной форме на все заданные мной вопросы. Я полностью осознал(а) значимость полученной информации для моего здоровья и здоровья пациента, которому будет произведена трансфузия компонентов и препаратов, полученных из моей крови(плазмы). Если я отношусь к группе риска по распространению вирусов гепатита В, С, ВИЧ и других болезней, я согласен(согласна) не сдавать кровь(плазму) для других людей. Я понимаю, что моя кровь(плазма) будет проверена на ВИЧ и другие вирусы. Я информирован(а), что во время процедуры взятия крови(плазмы) возможны незначительные реакции организма (кратковременное снижение артериального давления, гематома в области инъекции), не являющиеся следствием ошибки персонала. Я согласен(согласна) с тем, что моя кровь(плазма) будет использована так, как это необходимо больным людям. Я осведомлен(а) о том, что за сокрытие сведений о наличии у меня ВИЧ-инфекции или венерического заболевания я подлежу уголовной ответственности в соответствии со статьями 121 и 122 УК РФ (собрание законодательства РФ 1996 года, №25, ст. 2954).

Я согласен(согласна) на вызов на донацию по телефону (если да, указать телефон):

Дата _____

Подпись донора _____

_____ (подпись)

_____ (Фамилия Инициалы)

Подпись медицинского работника _____

_____ (подпись)

_____ (Фамилия Инициалы)

Согласен на обработку персональных данных _____

_____ (подпись)

_____ (Фамилия Инициалы)