

Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство COVID

(исследование на наличие новой коронавирусной инфекции SARS – COV – 2 методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) – мазок из ротоглотки/ методом иммуноферментного анализа).

Я,

Ф.И.О и дата рождения лица, обратившегося для сдачи биоматериала для проведения теста на новую, коронавирусную инфекцию SARS – COV – 2 методом полимеразной цепной реакции (ПЦР/ методом иммуноферментного анализа)

- даю информированное добровольное согласие для проведения мне исследования на наличие новой коронавирусной инфекции SARS – COV – 2 методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) – взятие мазка из ротоглотки/ методом иммуноферментного анализа-взятие венозной крови.

Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

Настоящим подтверждаю, что мне в полной мере в доступной форме разъяснены правила проведения тестирования на наличие новой коронавирусной инфекции, а именно:

Я проинформирован о том, что согласно правилам, установленным Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека РФ (Роспотребнадзор) **тестирование на наличие новой коронавирусной инфекции в ООО «НВ-Медика» проводится лицам, не имеющим признаков инфекционного заболевания и не находящимся в прямом контакте с больными новой коронавирусной инфекцией.**

Я проинформирован о том, что ООО «НВ-Медика» не проводит тестирование на новую коронавирусную инфекцию лицам с отягощенным эпидемиологическим анамнезом. Данные пациенты проходят обследование в лаборатории Роспотребнадзора по полису Обязательного медицинского страхования (бесплатно), забор биоматериала на исследование осуществляет медицинский персонал поликлиники по месту жительства пациента на дому или в специализированном стационаре. Обследованию в лаборатории Роспотребнадзора подлежат:

- Лица, в анамнезе которых имеются указания на возвращение из-за границы РФ (до завершения карантинных мероприятий согласно официальным срокам, установленным Роспотребнадзором РФ);
- Лица, находящиеся на карантине по контакту с больными подтвержденной инфекцией COVID –19, совместно проживающие с лицами, находящимися на карантине, установленном санитарным врачом;
- Пациенты, в отношении которых имеются клинические и анамнестические данные, позволяющие заподозрить наличие новой коронавирусной инфекции, в том числе пациенты внебольничной пневмонией, пациенты в возрасте 65 лет и старше с признаками респираторной инфекции.

Я проинформирован о том, что в случае наличия у меня жалоб на состояние здоровья, связанных с возможным наличием инфекционного заболевания (повышение температуры тела, кашель, насморк, боль в горле, затруднение дыхания, слабость, боль в мышцах, тошнота и рвота) я должен сообщить об этом медицинскому сотруднику ООО «НВ-Медика» для организации осмотра врача. Я понимаю, что в случае выявления признаков инфекционного заболевания или повышения температуры тела даже в случае отсутствия других проявлений инфекционного процесса в проведении исследования мне /лицу, законным представителем которого я являюсь, будет отказано.

Я проинформирован о том, что анонимное тестирование в ООО «НВ-Медика» не проводится. В случае получения положительного результата на наличие новой коронавирусной инфекции информация об этом будет незамедлительно передана в органы Роспотребнадзора по адресу моего проживания согласно требованиям действующего законодательства, а дальнейшие действия по изоляции и организации обследования определяются санитарным врачом.

Я проинформирован о методе забора биологического материала на исследование: материал забирается путем взятия мазка со слизистой оболочки носа и ротоглотки с размещением в одной пробирке с транспортной средой. Тестирование проводится методом полимеразной цепной реакции на наличие РНК новой коронавирусной инфекции SARS- COV -2.

Я проинформирован о том, что результат лабораторного исследования не является диагнозом и для его обсуждения я должен обратиться к лечащему врачу, а также о том, что результат анализа отражает состояние на момент взятия биоматериала на исследование.

Я предупрежден и проинформирован о правилах профилактики заражения новой коронавирусной инфекцией (соблюдение режима изоляции согласно установленным требованиям, соблюдение социальной дистанции, соблюдение личной гигиены, в том числе гигиены рук, ношение средств индивидуальной защиты).

Я предупрежден, что в случае предоставления ложных сведений о состоянии моего здоровья, связанных с возможным наличием инфекционного заболевания инфекцией COVID –19 (повышение температуры тела, кашель, насморк, боль в горле, затруднение дыхания, слабость, боль в мышцах, тошнота и рвота), повлекших за собой угрозу распространения новой коронавирусной инфекции я буду нести ответственность в соответствии с действующим Кодексом об административных правонарушениях Российской Федерации и Уголовным кодексом Российской Федерации.

Настоящим подтверждаю, что мной медицинскому сотруднику ООО «НВ-Медика» предоставлены достоверные сведения по состоянию моего здоровья и эпидемиологическому анамнезу, а именно:

1. Подтверждаю, что я не имею жалоб на состояние здоровья, связанных с возможным наличием инфекционного заболевания, в том числе на повышение температуры тела, кашель, насморк, боль в горле, затруднение дыхания, слабость, боль в мышцах, на тошноту и рвоту.
2. Подтверждаю, что я в течение последних 14 дней находился на территории РФ и за ее пределы не выезжал и не имею предписания санитарного врача о нахождении на карантине;
3. Подтверждаю у меня отсутствие близкого контакта с лицами, находящимися на карантине по новой коронавирусной инфекции, а также с лицами с подтвержденной новой коронавирусной инфекцией.

Настоящим подтверждаю, что перед взятием биоматериала мне медицинским работником ООО «НВ-Медика» было проведено измерение температуры тела и ее значение находится в пределах нормы и

соответствует _____ гр С.

Настоящим даю согласие на отправку мне результатов обследования, в том числе моих персональных данных и сведений в отношении меня, составляющих врачебную тайну по открытым каналам связи сети Интернет на

Адрес электронной почты: _____

Ф.И.О., подпись

Я подтверждаю, что имел достаточное время для ознакомления с предоставленной мне информацией, информация в Информированном добровольном согласии мной прочитана и мне понятна, я получил ответы на все имевшиеся у меня вопросы, связанные с проведением данного исследования.

Даю согласие на предоставление результатов исследования на наличие новой коронавирусной инфекции SARS – COV – 2 (COVID –19) в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 27.03.2021 N 452.

Подпись
обследуемого лица

ФИО обследуемого лица

дата

Подпись медицинского работника
(медсестра или врач)

ФИО мед. работника
(медсестра или врач)

дата