

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
Забор материала (мазок из носо-и ротоглотки) на коронавирусную инфекцию**

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

" _____ " _____ г. рождения,
зарегистрированный по адресу: _____

Адрес фактического проживания: _____

Контактный телефон: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я, _____
паспорт _____, выдан: _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица,
признанного недееспособным

_____ (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство:

Забор материала (мазок из носо-и ротоглотки) на коронавирусную инфекцию

Медицинским работником _____

(Ф.И.О. медицинской сестры)

в доступной для меня форме разъяснены цели, метод проведения медицинского вмешательства, связанный с ним риск, последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты проведения медицинского вмешательства.

Я сообщил(а) достоверные сведения о наличии у меня (ребенка или лица, признанного недееспособным) сопутствующих заболеваний и операций, перенесенных ранее, перечислил(а) все жалобы и особые реакции на лекарственные препараты.

Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне делать во время их проведения.

Я предупрежден о том, что при выявлении у меня (или лица, законным представителем которого я являюсь) положительного результата исследования на коронавирусную инфекцию, сотрудниками БУЗОО «КДЦ» будет направлено экстренное извещение в Управление Роспотребнадзора по Омской области (ФЗ от 30.03.1999 № 52 «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», п.12.1 Санитарно-эпидемиологических правил 3.1/3.2.3146-13 «Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных болезней», Постановление Правительства России от 31 января 2020 г. N 66 «О внесении изменений в перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих»).

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства, или потребовать его 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".

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом **5 части 5 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)

Результаты исследования заберу лично на справочном при предъявлении паспорта _____
(подпись)

прошу выдать указанному лицу при предъявлении
паспорта _____
(Ф.И.О.)

прошу сообщить на адрес электронной почты _____
(заполнять разборчиво и ТОЛЬКО печатными буквами)

Подпись пациента/законного представителя _____

Согласно п.2 Постановления Правительства РФ от 27.03.2021года № 452 « Об обеспечении уведомления физических лиц о результатах исследований на наличие возбудителя новой коронавирусной инфекции (COVID-19) с использованием Федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций) и обмена информацией о результатах таких исследований», организациям осуществляющим исследования на наличие возбудителя новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом полимеразной цепной реакции, на наличие антител к возбудителю новой коронавирусной инфекции (COVID-19) (любым из методов), на наличие антител после вакцинации путем определения специальными тестами, при наличии согласия физического лица обеспечить передачу сведений о результатах таких исследований в федеральное бюджетное учреждение науки "Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии" Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Я, **согласен, не согласен**, на передачу результатов моего исследования _____ (подпись)
(нужное подчеркнуть)