

**Информированное добровольное согласие на проведение обследования на ВИЧ-инфекцию**

Я, \_\_\_\_\_  
(Фамилия Имя Отчество (при наличии) гражданина , год рождения — полностью)

проживающий /ая по адресу \_\_\_\_\_

**Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:**

Я (ФИО и дата рождения законного представителя ), паспорт (серия ,номер): \_\_\_\_\_ выдан: \_\_\_\_\_

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя )/ проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

(указывается в случае проживания не по месту регистрации) являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или  
лица, признанного недееспособным:

Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения )в отношении

(Фамилия, Имя Отчество (при наличии) пациента, дата рождения пациента, проживающего по адресу:

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя) даю согласие на оказание медицинской помощи в ООО «МДЦ Импульс »

-Я 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 Центре СПИД и других медицинских учреждениях. Тестирование по моему  
добровольному выбору может быть добровольным анонимным (без предъявления документов и указания имени) или конфиденциальным  
(при предъявлении паспорта, результат будет известен обследуемому и лечащему 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;

- Мне понятно, что результат может быть;

\*Положительными (позитивными) считаются пробы, в которых обнаруживаются антитела как минимум к 2 из 3 гликопротеинов ВИЧ. При  
получении положительного результата я буду направлен к врачу-инфекционисту центра профилактики и борьбы со СПИД;

\*Отрицательными (негативными) считаются сыворотки, в которых не обнаруживаются антитела ни к одному из антигенов (белков) ВИЧ;

\*Неопределенными (сомнительными) считаются сыворотки с белковым профилем в иммунном блоте, не отвечающим критериям  
позитивности. При получении неопределенного результата проводится исследование для диагностики ВИЧ-2;

-Мне разъяснено, что взятие крови для лабораторного исследования представляет собой способ забора биологического материала для  
лабораторного исследования, а взятие крови из вены осуществляется в процедурном кабинете медицинской организации;

-Мне разъяснено, что противопоказаниями для взятия крови из вены являются: судороги; возбужденное состояние пациента; гемофилия  
(нарушение свертываемости крови);

-Я понимаю, что данная манипуляция связана с дискомфортом и возможными болевыми ощущениями в месте пункции;

-Мне разъяснено, как и при любой внутривенной инъекции, могут возникнуть осложнения, такие как повреждение нерва, артерии или  
вены, образование гематомы в месте пунктирования; тромбоз (воспаление вены с образованием тромба); обморок; в редких случаях  
инфицирование раны. При возникновении симптомов указанных состояний необходимо обратиться к лечащему врачу;

-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. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а так же разъяснены последствия отказа. В случае отказа от  
медицинского вмешательства оформляется соответствующий документ;

-Я осведомлен что медицинские вмешательства включенные в Перечень могут быть получены мною в рамках обязательного медицинского  
страхования в государственных структурах здравоохранения, согласно ФЗ от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 07.03.2018) "Об основах охраны  
здоровья граждан в Российской Федерации";

-Я получил(а) информацию о необходимости оплаты исследования, в том числе в случаях расхождения между видами исследований,  
указанных в направлении лечащего врача, в списке услуг, оплачиваемых медицинской страховой компанией и теми исследованиями,  
которые я считаю лично необходимым провести;

-Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №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), в том числе после смерти:

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Я удостоверяю, что текст мною прочитан. Я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, я имел(а) возможность задать вопросы и получил(а) на них ответы, полученные объяснения меня удовлетворяют.

Я, \_\_\_\_\_

(Фамилия Имя Отчество),

, согласен(а) на проведение лабораторных обследований.

Пациент (его законный представитель)

\_\_\_\_\_  
Подпись

\_\_\_\_\_  
Фамилия Имя Отчество

Процедурная медсестра

\_\_\_\_\_  
Подпись

\_\_\_\_\_  
Фамилия Имя Отчество

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.