**Информированное добровольное согласие пациента**

**на медицинское вмешательство**

(исследование на наличие новой короновирусной инфекции

SARS – COV – 2 методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) –

мазок со слизистых оболочек носа и ротоглотки)

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))

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

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. представителя пациента полностью)

Выступаю от имени и в интересах представляемого мною Пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. пациента полностью)

- даю информированное добровольное согласие для проведения мне исследования на наличие новой коронавирусной инфекции SARS – COV – 2 методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) – взятие мазка со слизистых оболочек носа и ротоглотки) медицинским работником:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Настоящим подтверждаю, что мне в полной мере в доступной форме разъяснены правила проведения тестирования на наличие новой короновирусной 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 «Бэби Плюс» проводится лицам, не имеющим признаков инфекционного заболевания и не находящимся в прямом контакте с больными новой коронавирусной инфекцией в течении последних 14 дней.

Я проинформирован о том, что ООО «Бэби Плюс» 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, 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 «Бэби Плюс» 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 «Бэби Плюс» 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«Бэби Плюс» предоставлены достоверные сведения по состоянию моего здоровья и эпидемиологическому анамнезу, а именно:

- 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.

- 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 «Бэби Плюс» было проведено измерение температуры тела и ее значение находится в пределах нормы и соответствует \_\_\_\_\_\_ гр С.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(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 имеющиеся у меня вопросы, связанные с проведением данного исследования.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись обследуемого лица ФИО обследуемого лица дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись медицинского работника ФИО мед. работника дата

(медсестра или врач) (медсестра или врач)

Место и адрес работы пациента:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фактическое проживание (адрес):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_