

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ ПРОЦЕДУРУ ПО ВЗЯТИЮ НАЗОФАРИНГЕАЛЬНОГО МАЗКА В ЦЕЛЯХ ПРОВЕДЕНИЯ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ НА COVID-19

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью, заполняется собственноручно пациентом)

или законный представитель _____,
(Ф.И.О. полностью)

действуя в интересах пациента _____,
(Ф.И.О. пациента полностью) (если пациент в установленном законом порядке признан недееспособным или является несовершеннолетним лицом, не достигшим 15 лет)

получая медицинские услуги в АО «Семейный доктор» в соответствии со ст. 20, 22 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011г. № 323-ФЗ, получил(а) от медицинского работника АО «Семейный доктор» полную, изложенную в доступной для моего понимания форме информацию о целях проведения лабораторной диагностики на Covid-19, методах исследования, используемых при проведении лабораторной диагностики.

Я уполномочиваю медицинского работника соответствующего профиля АО «Семейный доктор» выполнить мне диагностическую процедуру по взятию назофарингеального мазка для проведения лабораторной диагностики новой коронавирусной инфекции (COVID-2019) методом полимеразной цепной реакции с гибридационно-флуоресцентной детекцией/или по взятию назофарингеального мазка для проведения лабораторной диагностики новой коронавирусной инфекции (COVID-2019) методом иммунохроматографии (в зависимости от выбранной мной услуги).

Мне разъяснено и понятно, что в настоящее время происходит глобальное распространение, сохраняющаяся угроза завоза и распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-2019) на территории Российской Федерации и в городе Москве.

Я получил(а) информацию, что данная диагностическая процедура будет оказываться мне в целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения города Москвы в соответствии с требованиями законодательства РФ: ФЗ от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; ФЗ от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»; Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 09.06.2003 № 129 «О введении в действие санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1./3.2.1379-03»; Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 27.03.2007 N 13 «Об утверждении санитарных правил СП 1.1.2193-07»; Порядком учета, хранения, передачи и транспортирования микроорганизмов I-IV групп патогенности. Санитарные правила. СП 1.2.036-95 (утв. постановлением Госкомсанэпиднадзора РФ от 28.08.1995 № 14); Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 18 марта 2020 г. № 7 «Об обеспечении режима изоляции в целях предотвращения распространения COVID-2019».

Я поставлен(а) в известность, что указанная диагностическая процедура оказывается в целях последующей установки/исключения диагноза "новая коронавирусная инфекция (COVID-19)".

Я был(а) своевременно проинформирован(а) медицинским работником АО «Семейный доктор» и подтверждаю, что полностью соблюдал(а) следующие требования: воздерживался(ась) за 3 часа до диагностической процедуры от еды, питья, курения, полоскания горла, не жевал(а) жевательную резинку, не применял(а) за 6 часов до проведения диагностической процедуры ингаляционный ввод лекарственных препаратов и лекарственные препараты для рассасывания. Меня поставили в известность, что в случае, если я нарушил(а) указанные требования, результат может быть сомнительным, неинформативным.

Я проинформирован(а), что сбор клинического материала и упаковку будет осуществлять медицинский работник АО «Семейный доктор», обученный требованиям и правилам биологической безопасности при работе и сборе материала определенной группы патогенности.

Я проинформирован(а) о том, что в случае получения первично положительного ответа, если у меня нет повышенной температуры (выше 37 °С) и явных симптомов ОРВИ, я обязан(а) перейти в режим самоизоляции до получения окончательного результата. Если у меня температура тела повышена (выше 37 °С) и/или если присутствуют явные симптомы ОРВИ, я обязуюсь обратиться в Единый консультационный центр Роспотребнадзора по телефону 8 800 555 49 43.

Я проинформирован(а), что в случае получения положительного или любого иного сомнительного результата на COVID-19 руководитель лаборатории АО «Семейный доктор» информирует ближайший территориальный орган Роспотребнадзора и передает положительно (сомнительно) сработавший материал в Референсный центр, в соответствии с Временными методическими рекомендациями Минздрава РФ по профилактике, диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции Covid-19 и порядком, установленным в городе Москве. Я уведомлен(а), что в этом случае со мной будут связываться по телефону сотрудники Роспотребнадзора для определения дальнейшей тактики диагностики и при необходимости лечения.

Решение подвергнуться проведению настоящей диагностической процедуры является моим собственным, оно было принято без принуждения или навязывания чьей-либо воли или мысли.

В соответствии с требованиями ст. 9 ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, даю свое согласие на обработку уполномоченными сотрудниками АО «Семейный доктор» (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, гражданство, место и дата регистрации, место жительства, адрес проживания, контактный телефон, адреса электронной почты, данные (реквизиты) документа, удостоверяющего личность (паспорта), реквизиты полисов ОМС (при наличии и необходимости), ДМС (при наличии), страховой номер

индивидуального лицевого счета в ПФ РФ (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях (включая, в том числе, но неисключительно анамнез, диагноз), случаях обращения за медицинской помощью, перечень, срок и объем оказанной медицинской помощи и иные персональные данные, обрабатываемые в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, а также в целях осуществления учета и контроля в системе обязательного и добровольного медицинского страхования (при необходимости и наличии), а также системе АО «Семейный доктор», проведения контроля качества и безопасности медицинских услуг, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, осуществляющим хозяйственную деятельность Оператора, в том числе в интересах моего обследования и лечения, обработки персональных данных, в случае оформления мною заявления на возврат уплаченных мною денежных средств (при необходимости), при обязательном соблюдении условий о конфиденциальности обрабатываемых данных, Заказчику (Работодателю) медицинских услуг и его уполномоченным представителям, по договору с которым мне будут оказаны медицинские услуги (в случае заключения такового).

Я предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, а также проводя смешанную обработку персональных данных, включения в различные списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) в системе ОМС (при условии участия Оператора в таковой), ДМС, а также иной установленной у Оператора для обработки данных о пациентах получающих медицинские услуги за наличный расчет, или по договору с Заказчиком медицинских услуг, по которому оказываются медицинские услуги (в случае заключения такового).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (при условии участия Оператора в таковой), ДМС на обмен (прием и передачу) моих персональных данных со страховой медицинской организацией, в которой я застрахован, и территориальным (региональным) фондом ОМС, с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

При подписании этого документа последний мною прочитан, и я полностью его понял(а), а также задал(а) все интересующие меня вопросы. Я осознаю потенциальные риски, а также преимущества, которые могут быть результатом проведения процедуры.

Я подтверждаю своей подписью, что прочитал(а) вышеизложенный документ, значение его мне понятно, информация, изложенная в документе доведена до меня в доступной форме, полученные объяснения медицинского работника меня полностью удовлетворяют.

Я даю свое добровольное информированное согласие на указанный вид диагностической процедуры на основании свободного волеизъявления, находясь в ясном сознании и памяти.

Я информирован(а) о том, что данное согласие может быть мною отозвано мною в любое время до начала диагностической процедуры.

Настоящее согласие действует бессрочно в части касающейся обработки персональных данных.

Я проинформирован(а), что результат исследования будет доступен мне в Личном кабинете. Я понимаю, что в случае, если я отказался от подключения Личного кабинета, я смогу получить результаты исследования в любой поликлинике сети АО «Семейный доктор».

Результат исследования прошу направить на адрес электронной почты _____

Мне разъяснено и понятно, что результаты лабораторных исследований относятся к врачебной тайне.

Мне разъяснено и понятно, что электронная почта является открытым источником информации и незащищенным открытым каналом связи. За несанкционированный доступ к моему почтовому ящику третьих лиц, а равно и за доступ к моим персональным данным, сведениям, составляющим врачебную тайну, и утечку информации АО «Семейный доктор» ответственности не несет. Настоящим принимаю на себя ответственность и все риски, связанные с несанкционированным доступом к моему почтовому ящику (персональным данным, сведениям, составляющим врачебную тайну) третьих лиц.

Подпись пациента (или его законного представителя) «___» _____ 20 ____ г.

Подпись

(ФИО)

Пациент подписался в моем присутствии:

Подпись и ФИО медицинского работника АО «Семейный доктор»

Подпись

(ФИО)