

Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство (исследование на наличие новой коронавирусной инфекции SARS – COV – 2 методом иммуноферментного анализа (ИФА), иммунохроматографического анализа (ИХА) – забор крови из вены.

в ЧУЗ «РЖД-Медицина» г. Ижевск»

Я, _____
Ф.И.О. (полностью)

Дата рождения _____, адрес фактического места жительства _____

_____ место работы _____,

Этот раздел бланка заполняется только на недееспособных граждан

Я, паспорт _____, выдан _____

являюсь законным представителем лица, признанного недееспособным (далее – представляемый): _____

(Ф.И.О. недееспособного гражданина полностью, дата рождения)

адрес фактического места жительства _____

в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации":

- даю информированное добровольное согласие ЧУЗ «РЖД-Медицина» г. Ижевск» для проведения мне исследования на наличие новой коронавирусной инфекции SARS – COV – 2 методом иммуноферментного анализа (ИФА), иммунохроматографического анализа (ИХА) – забор крови из вены.

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной форме для меня форме разъяснены правила проведения тестирования на наличие новой коронавирусной инфекции, а именно:

Я проинформирован(а) о целях медицинского вмешательства, связанном с ним рисках, их последствиях, а также предполагаемых результатах медицинского вмешательства.

Я проинформирован(а) о том, что анонимное тестирование в ЧУЗ «РЖД-Медицина» г. Ижевск» не проводится. При проведении вмешательства нужно будет предъявить паспорт. 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(а) о методе забора биологического материала (венозной крови) на исследование: материал забирается путем пункции периферической вены. Тестирование проводится методом иммуноферментного анализа (ИФА) или иммунохроматографического анализа (ИХА) на наличие антител к новой коронавирусной инфекции SARS-COV-2.

Я проинформирован(а) о том, что в течение 3 часов перед процедурой нельзя принимать пищу и пить.

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

Подпись обследуемого лица

(_____)
ФИО обследуемого лица

дата

Подпись медицинского работника
(медсестра или врач)

(_____)
ФИО мед. работника
(медсестра или врач)

дата