

федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М.Сеченова
Министерство здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)

КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

П Р И К А З

20 АПР 2018

№ 023/06

Во изменении приказа от 03.08.2017
№153/06 «Об утверждении форм
информированных добровольных
согласий на медицинское
вмешательство и форм отказов от
медицинского вмешательства в
подразделениях Клинического
центра».

В целях дальнейшего совершенствования лечебно-диагностической деятельности, автоматизированной информационной системы, а также унификации ведения медицинской документации в подразделениях Клинического центра

П Р И К А З Ы В А Ю:

1. Дополнить Приказ № 153/06 от 03.08.2017г «Об утверждении форм информированных добровольных согласий на медицинское вмешательство и форм отказов от медицинского вмешательства в подразделениях Клинического центра» подпунктами 1.22-1.23 следующего содержания:

«1.22 Информированное добровольное согласие на проведение обследования на ВИЧ-инфекцию согласно Приложению № 1 к настоящему приказу.

1.23 Согласие на обработку персональных данных согласно Приложению №2 к настоящему приказу».

2. Руководителям структурных подразделений Клинического центра обеспечить обязательное использование форм документов, утвержденных настоящим приказом, во вверенных им подразделениях.

3. Ответственность за исполнение настоящего приказа возложить на заместителя директора по медицинской части Клинического центра Э.П. Грибову.

Директор Клинического центра

О.С. Волкова



Авербух А.В.
(499) 246-19-41

федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)
КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

Информированное согласие на проведение обследования на ВИЧ-инфекцию

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)

_____ года рождения, настоящим 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 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).
- 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.
- ВИЧ-инфекция передается только тремя путями:
 - парентеральный - чаще всего при употреблении наркотиков, но может передаваться также при использовании нестерильного медицинского инструментария, переливании компонентов крови, нанесении татуировок, пирсинге зараженным инструментом, использовании чужих бритвенных и маникюрных принадлежностей;
 - при сексуальных контактах без презерватива;
 - от инфицированной ВИЧ матери к ребенку во время беременности, родов и при грудном вскармливании.

Подпись обследуемого на ВИЧ

Дата

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____

(Ф.И.О. полностью)

Паспорт серия _____ № _____ выдан « _____ » _____ года

_____ (кем выдан паспорт)

Адрес: _____

(именуемый далее – Субъект персональных данных),

Свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие федеральному государственному автономному образовательному учреждению высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), место нахождения г. Москва, ул. Трубецкая д.8 стр.2 (далее – оператор, Университет) на обработку своих персональных данных (в том числе с использованием средств автоматизации), то есть совершение следующих действий: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе трансграничную передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», в целях оказания мне медицинской помощи.

В перечень персональных данных Субъекта персональных данных, обрабатываемых Оператором в указанных целях включаются следующие персональные данные: фамилия, имя, отчество, пол, гражданство, дата, месяц, год, место рождения, образование, должность, адрес регистрации и почтовый адрес, номера телефонов (мобильный, домашний, рабочий), адрес электронной почты, место жительства, место работы, серия, номер паспорта, дата их выдачи с указанием органа и/или организации, выдавших документ, сведения содержащиеся в полисе медицинского страхования, в страховом свидетельстве государственного пенсионного страхования (СНИЛС), сведения о льготах, сведения о состоянии здоровья (в том числе группа здоровья, группа инвалидности), результаты исследований, сведения об указании медицинской помощи, сведения о заключенном и оплаченном договоре, а также иные данные, предоставляемые Университету в ходе или в связи с оказанием медицинской помощи, либо обусловленные ею.

Оператор в праве осуществлять хранение электронных (цифровых) документов (оригиналов и копий) в электронных базах данных включительно.

Согласие субъекта персональных данных на обработку персональных данных действует до достижения целей обработки персональных данных или до момента утраты необходимости в их достижении, если иное не предусмотрено федеральным законодательством.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано субъектом персональных данных путем предоставления в Университет письменного заявления о прекращении действия настоящего согласия, при поступлении которого персональные данные деперсонализируются в 15-дневный срок (кроме сведений, хранение которых обусловлено требованиями законодательства Российской Федерации).

Фамилия, Имя, Отчество, дата, подпись