

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на оказание медицинских услуг по проведению лабораторной диагностики COVID-19**

Я, ФИО, дата рождения г.р.

Гражданство	
Адрес регистрации (по прописке)	
Адрес фактического проживания / пребывания	
Поликлиника (по м/жительства)	
Контактный телефон	
Место работы / учебы, дата последней явки	
Последняя госпитализация (ЛПУ, даты)	
Основания для проведения лабораторной диагностики на COVID-19	

Сведения о последнем нахождении за границей

Даты пребывания	
Страна	
Цель визита	
Вид транспорта (с указанием рейса)	
Пункт пропуска через границу РФ	

Возможные контакты с носителями COVID-19

(число контактов, даты, место, родственное отношение, другие сведения)

--

в соответствии с требованиями Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» добровольно даю свое согласие на проведение мне забора биоматериала (кровь), постановка теста «**Определение РНК вируса Covid-19 (SARS-Cov-2)** в ДНК соскоба из носоглотки методом ПЦР» и прошу персонал медицинского центра о его проведении.

Я утверждаю, что на протяжении последних ДВУХ НЕДЕЛЬ до момента забора мазка:

- 1. Я не покидал границы Российской Федерации;**
- 2. Я не был в контакте с лицами с подтвержденной Коронавирусной инфекцией;**
- 3. У меня не было подъёмов температуры свыше 37,1 градуса Цельсия;**
- 4. У меня не было признаков Острой респираторной инфекции;**
- 5. Я не нахожусь в карантине по любой причине.**

Мне сообщено, и я осознаю, что:

- забор венозной крови производится специалистом, имеющим сертификат и прошедшим периодический медицинский осмотр, с применением одноразовых материалов и инструментов;
- после забора крови возможно ощущение временного дискомфорта в месте прокола, недолгое кровотечение (до 10 минут). В зависимости от индивидуальных особенностей и наличия воспалительных процессов данные проявления могут продолжаться от нескольких минут до нескольких суток.
- учитывая индивидуальные особенности организма возможно развитие осложнений в виде незначительного кровотечения, побочных реакций в виде местной гиперемии (покраснения) в местах забора крови.
- в случае развития осложнений необходимо немедленно обратиться к медицинскому персоналу, или если это невозможно (на улице, дома) вызвать скорую помощь.
- на основании статьи 33 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» пациент имеет право отказаться от получения медицинской услуги.

Я сообщаю, что:

- все интересующие меня вопросы мною заданы
- все полученные ответы и разъяснения мною поняты
- возможный риск предстоящей процедуры мною осознан
- Получив полную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве я добровольно соглашаюсь на забор крови в **ООО «Центр «Медис»».**

Подписи сторон

ООО «Центр «Медис»
Юридический адрес: 450077,
г. Уфа, ул. Чернышевского, д. 88/1
р/с 40702810929460000101
Филиал «Нижегородский» АО «Альфа-Банк»
к/сч 30101810200000000824
БИК 042202824
ИНН 0276085570

Заказчик

_____подпись
_____ФИО

_____подпись медицинского работника
_____ФИО