Направление проб материала на исследование коронавирусной инфекции(COVID-19)

**В бактериологическую лабораторию ОГБУЗ БОКБ**

*Забор биоматериала осуществляется в поликлинике БОКБ (2 корпус, 1 этаж, манипуляционный кабинет*

|  |
| --- |
| 1. № пробы (заполняется в БОКБ): |
| 2. Направившее учреждение |
| 3. Вид биоматериала: мазок из ротоглотки и носоглотки |
| 4. Ф.И.О.:(заполнять печатными буквами) |
| 5. Дата рождения: |
| 6. Диагноз: |
| 7. Адрес места жительства: |
| 8. Место работы, должность: |
| 9. Дата и время отбора материала: |
| 10. ФИО мед работника, забиравшего материал (заполняется в БОКБ) |
| 11. Время доставки пробы (заполняется в лаборатории) |
| 12. Примечание (эпиданамнез, клиника): |
| **13. E-mail/телефон** |

# Согласие на обработку персональных данных

Я, проживающий по адресу паспорт: , выдан (орган, выдавший паспорт, дата

выдачи)

в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.06 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», своей волей и в своем интересе в целях оказания мне медицинской помощи, даю свое согласие ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница» (далее — Оператор), расположенное по адресу: г. Белгород, ул. Некрасова, д. 8/9, на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно совершение действий, предусмотренных пунктом 3 части 1 статьи 3 Федерального закона "О персональных данных". В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим лицам Оператора, в целях выполнения взаимных договорных обязательств по оказанию мне медицинской помощи в интересах моего обследования и лечения и в соответствии с Временными методическими рекомендациями по профилактике, диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции (COVID-19) в случае получения положительного результата руководитель лаборатории медицинской организации обязан немедленно проинформировать ближайший территориальный центр Роспотребнадзора и передать материал в Центр гигиены и эпидемиологии в субъекте РФ». Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Я выражаю свое согласие на получение Оператором моих выше перечисленных персональных данных у третьих лиц в целях моего обследования и лечения, без уведомления меня об этом и без получения дополнительного согласия. Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме. Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления. В случае отзыва согласия на обработку персональных данных Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2 - 11 части 1 статьи 6, части

2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных"

« » 20 г. / /

# ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа»

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

Я,

(ФИО полностью)

зарегистрированный (ая) по адресу: даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, которое мне будет оказано в условиях в отделении:

(указать название или профиль отделения)

Медицинским работником

(должность, Ф ИО медицинского работника)

ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» (далее - Учреждение), согласно моей воле, в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Я ознакомлен(а) с распорядком работы Учреждения и правилами лечебно- охранительного режима, установленного в Учреждении, и обязуюсь их соблюдать. Добровольно даю свое согласие на проведение мне лабораторно-диагностических исследований на наличие коронавирусной инфекции (COVID-19) методом взятия мазка со слизистых оболочек носа и ротоглотки, в том числе, опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза, осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, антропометрические исследования, термометрия, тонометрия, неиивазивные исследования органа слуха и слуховых функций, исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы), лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические, функциональные методы обследования.электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных), рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и реттенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования, введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно, прием лекарственных препаратов по назначению врача, медицинский массаж, лечебная физкультура. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.

Я информирован (а) о целях, характере и возможных неблагоприятных эффектах лабораторно-исследовательских процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне делать во время их проведения.

Я ознакомлен (а) и согласен (а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно даю свое согласие на обследование в предложенном объеме. Я имел (а) возможность обсудить с медицинским работником все интересующие и непонятные мне вопросы, на все вопросы я получил (а) удовлетворившие меня ответы.

Ф И.О гражданина, наименование страховой организации и т п Подпись пациента:

Дата оформления:

Подпись медицинского работника