

**Информированное добровольное согласие
донора на медицинское обследование, донацию крови и (или)
ее компонентов, исследование и хранение образцов донорской крови**

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

_____ (год рождения, адрес места жительства донора)

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства:

- опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза;
- осмотр кожных покровов, видимых слизистых оболочек, склер, пальпация лимфатических узлов;
- антропометрические исследования (измерение массы тела, роста);
- термометрия, тонометрия;
- лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические;
- ведение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно;
- проведение процедур забора крови, плазмафереза, тромбоцитафереза, эритроцитафереза, лейкоцитафереза;
- забор крови из пальца;
- забор крови из вены

в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Челябинская областная станция переливания крови».

Медицинским

работником

_____ (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы медицинского обследования, порядок осуществления донации крови и (или) ее компонентов, связанный с ней риск, в том числе вероятность развития осложнений.

Я получил(а) ответы на все заданные мной вопросы. Я полностью осознал(а) значимость полученной информации для моего здоровья и здоровья пациента, которому будет произведена трансфузия компонентов и препаратов, полученных из моей крови и (или) ее компонентов. Если я отношусь к группе риска по распространению вирусов гепатита В, С, ВИЧ-инфекции и других болезней, я согласен (согласна) не сдавать кровь и (или) ее компоненты для других людей. Я понимаю, что моя кровь и (или) ее компоненты будет проверена на наличие маркеров ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов В и С, сифилиса.

Я информирован(а), что во время процедуры донации крови и (или) ее компонентов возможны незначительные реакции организма (кратковременное снижение артериального давления, потеря сознания, обморок, гематома в области инъекции), не являющиеся следствием ошибки медицинского персонала.

Мне известно, что данная процедура выполняется одноразовым инструментом и не может привести к инфицированию.

В случае возникновения непредвиденных ситуаций во время проведения процедуры, я согласен (согласна) на применение тех мероприятий, которые, по мнению медицинских специалистов, целесообразны в таком случае.

Я осведомлен(а) о том, что за сокрытие сведений о наличии у меня ВИЧ-инфекции или венерического заболевания я подлежу уголовной ответственности в соответствии со статьями 121 и 122 Уголовного кодекса Российской Федерации.

Я даю согласие на взятие образцов крови из сданной мной периферической крови для последующего исследования и хранения в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Челябинская областная станция переливания крови» с возможностью передачи третьим лицам в рамках научно-исследовательских проектов. Образцы будут использованы при проведении научных исследований только на территории Российской Федерации. Все исследования проводятся с соблюдением законодательства Российской Федерации.

Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятен, полученные разъяснения мне понятны и меня удовлетворяют.

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)