Приложение

к Порядку проведения экстренной постконтактной профилактики

ВИЧ-инфекции у работников при исполнении профессиональных обязанностей (п. 1.6)

**Информированное согласие**

**пациента на проведение медикаментозной постконтактной профилактики заражения ВИЧ**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(число, месяц, год рождения)

даю согласие на проведение медикаментозной постконтактной профилактики инфицирования ВИЧ.

Своей подписью я подтверждаю, что сотрудником учреждения мне предоставлена понятная информация о цели, возможных последствиях, риске и осложнениях во время проведения медикаментозной постконтактной профилактики заражения ВИЧ.

В случаях возникновения побочных реакций и осложнений во время медикаментозной постконтактной профилактики инфицирования ВИЧ я заранее даю согласие на проведение всех необходимых и возможных мероприятий для их устранения.

Я предупрежден, что по рекомендациям врача мне необходимо сдавать кровь для проведения общего анализа крови, биохимического анализа крови на протяжении первой – четвертой недели профилактики, анализа на наличие ВИЧ-инфекции через 6 недель, 12 недель, 6 месяцев.

Я предупрежден(а), что в случае отказа от проведения необходимых профилактических мероприятий, обследований или нарушения режима приема назначенных препаратов, есть риск заражения ВИЧ.

Подпись человека, который имел случай контакта с кровью или биологическими материалами человека, загрязненными ими инструментарием, оборудованием или предметами \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата заполнения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись врача учреждения здравоохранения, который провел консультирование \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О.) (подпись)