

## Информированное добровольное согласие на обследование на ВИЧ-инфекцию

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)  
«\_\_» \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный (ая) по  
адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)  
проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В отношении \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)  
«\_\_» \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу: \_\_\_\_\_  
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)  
\_\_\_\_\_ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

на основании \_\_\_\_\_  
(реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств:  
**обследование на ВИЧ-инфекцию**

для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи  
лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

в **Федеральном государственном бюджетном учреждении «Федеральный научно-клинический центр  
спортивной медицины и реабилитации Федерального медико-биологического агентства»**  
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснено, почему важно пройти тестирование на ВИЧ, как проводится  
тест и какие последствия может иметь тестирование на ВИЧ.

Я проинформирован, что:

– тестирование на ВИЧ проводится в Центре СПИД и других медицинских организациях, получивших  
лицензию, с информированного согласия пациента или с согласия его законного представителя, в порядке,  
установленном законодательством Российской Федерации. 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 ВИЧ-инфицированной матери к ребенку во время беременности, родов и при грудном вскармливании.

На основании предоставленной мне информации, свободно и без принуждения, отдавая отчет о  
последствиях обследования, принял решение пройти тестирование/провести тестирование лицу, законным  
представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), на антитела к ВИЧ. Для этой цели я  
соглашаюсь сдать анализ крови.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного  
представителя, телефон)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

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

\_\_\_\_\_ Г.  
(дата оформления)