

Информированное согласие проведение ВИЧ-тестирования

Мой поставщик медицинских услуг ответил на все мои вопросы о ВИЧ/СПИДе. Мне были предоставлены указанные ниже сведения о ВИЧ-тестировании.

- ВИЧ — это вирус, который вызывает СПИД и может передаваться во время незащищенного полового контакта (вагинального, анального или орального) с партнером, зараженным ВИЧ; через контакт с кровью, например при совместном использовании игл (для пирсинга, татуажа, введения лекарственных средств), от ВИЧ-инфицированной женщины ее ребенку во время беременности, родов или кормления грудью.
- Существуют лекарственные средства для лечения ВИЧ/СПИДа, которые могут помочь человеку сохранить здоровье.
- Лица с ВИЧ/СПИДом могут принимать меры предосторожности, чтобы предотвратить заражение неинфицированных и инфицированных людей, а также защитить себя от заражения другими штаммами ВИЧ.
- Тестирование является добровольным и может быть анонимно проведено в государственном центре тестирования.
- Закон защищает конфиденциальность результатов ВИЧ-тестирования и другой сопутствующей информации.
- Закон запрещает дискриминацию на основании ВИЧ-статуса. Существуют службы, помогающие справиться с последствиями такой дискриминации.
- В соответствии с законом информированное согласие на проведение ВИЧ-тестирования действительно до тех пор, пока такое согласие не будет отозвано лицом, проходящим ВИЧ-тестирование, либо пока не истечет срок его действия.

Я даю согласие на проведение ВИЧ-тестирования. Если результаты покажут, что у меня ВИЧ, я даю согласие на проведение дополнительного тестирования, которое может быть выполнено с помощью предоставляемого мной сегодня образца. Это даст возможность определить наилучший способ лечения для меня и поможет в разработке программ по предотвращению ВИЧ. Я также даю согласие на проведение тестирования в будущем для контроля моего лечения. Я понимаю, что могу в любое время отозвать согласие на проведение тестирования в будущем. Я понимаю, что в случае положительных результатов теста на ВИЧ мой поставщик медицинских услуг обсудит со мной необходимость сообщить моим сексуальным партнерам или лицам, с которыми я совместно пользуюсь иглами, о возможном заражении.

Я могу отозвать свое согласие устно или письменно в любое время. До тех пор пока данное согласие остается в силе, мой поставщик может проводить дополнительное тестирование без истребования у меня другой формы согласия. В таких случаях мне сообщат о выполнении других тестов на ВИЧ и отметят это в моей медицинской карте.

Имя и фамилия пациента: _____ Дата: _____

Подпись: _____
Пациент или лицо, уполномоченное давать согласие

Медицинская карта №: _____