

**Информированное согласие на проведение обследования
на ВИЧ-инфекцию**

Я, _____
(Ф.И.О. Пациента)

« _____ » _____ г. рождения, настоящим подтверждаю, что на основании предоставленной мне информации, свободно и без принуждения, отдавая отчет о последствиях обследования, приняла решение пройти тестирование на антитела к ВИЧ. Для этой цели я соглашаюсь сдать анализ крови.

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я, паспорт: _____, выдан: _____, являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)

Я подтверждаю, что мне разъяснено, почему важно пройти тестирование на ВИЧ, как проводится тест и какие последствия может иметь тестирование на ВИЧ.

Я проинформирована, что:

- тестирование на ВИЧ проводится в Центре СПИД и в других медицинских учреждениях. 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). В государственных медицинских учреждениях тестирование на ВИЧ проводится бесплатно.
- 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 инфицированной ВИЧ матери к ребенку во время беременности, родов и при грудном вскармливании.

Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено мне медицинским работником, оно полностью мне понятно, что я и удостоверяю своей подписью.

(Ф.И.О., Подпись пациента или его законного представителя)

Дата « _____ » _____ 20 ____ г.