

Міністерство охорони здоров'я	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b> Форма первинної облікової документації <b>№003-6/о</b>  <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b>  Наказ МОЗ України <table border="1" style="display: inline-table; margin-right: 10px;"> <tr> <td>14.</td><td>02.</td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td> </tr> </table> № <table border="1" style="display: inline-table;"> <tr> <td>1</td><td>1</td><td>0</td> </tr> </table>	14.	02.	2	0	1	2	1	1	0
14.		02.	2	0	1	2				
1		1	0							
ПП «АСТРА-ДІА», 90500, м. Тячів, пров. Голлоші, буд. 8, корп. А										
Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма										
Код за ЄДРПОУ <table border="1" style="display: inline-table;"> <tr> <td>3</td><td>5</td><td>7</td><td>9</td><td>6</td><td>0</td><td>7</td><td>1</td> </tr> </table>	3	5	7	9	6	0	7	1		
3	5	7	9	6	0	7	1			

Інформація про медичні втручання, що можуть проводитися у ПП «АСТРА-ДІА»:  
 Забір венозної крові виконується шляхом венепункції із використанням одноразових вакуумних систем для забору крові. Забір капілярної крові проводиться шляхом проколу шкірних покривів із використанням одноразових систем (засобів) для забору капілярної крові. Забір біологічного матеріалу з уrogenітального тракту включає в себе проведення маніпуляції у жінок з цервікального каналу, уретри та заднього склепіння піхви, у чоловіків – з уретри. Інші медичні маніпуляції.

**ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА НА МЕДИЧНЕ ВТРУЧАННЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ДІАГНОСТИКИ (ПРОВЕДЕННЯ ЛАБОРАТОРНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ)**

Я, \_\_\_\_\_, одержав(ла)  
 (ПІБ)

у \_\_\_\_\_ ПП «АСТРА-ДІА»  
 (найменування закладу охорони здоров'я)

інформацію про характер медичного втручання, та даю згоду на проведення медичного втручання, що планово буде виконано мені (моїй дитині)

(ПІБ)

Я ознайомлений(а) з планом проведення медичних втручань. Отримав(ла) в повному обсязі в зрозумілій для мене формі роз'яснення:

- про мету, характер, орієнтовну тривалість запланованих медичних втручань. У мене немає підстав не довіряти або сумніватись у кваліфікації медичного персоналу, що виконуватиме медичне втручання;
- про можливі ускладнення при проведенні медичних втручань (зомління, нудота, кровотеча, кров'янисті виділення з уrogenітального тракту, втрата свідомості, гематома, болісне сечовипускання, неприємні відчуття та ніше).

Я мав(ла) можливість задавати будь-які питання, які мене цікавлять, з приводу запланованих медичних втручань та маніпуляцій, одержувати на них відповідь в доступній формі.

Я проінформований(а) про правила підготовки перед лабораторними дослідженнями, недотримання яких може вплинути на достовірність результатів. Були повідомленні чинники, що можуть вплинути на результати досліджень: проведення рентгенографії, ректального дослідження, прийом антибіотиків, хіміотерапевтичних, гормональних препаратів, антикоагулянтів.

Я перевірів(ла) коректність послуг, що зазначенні у Бланку замовлення та переконався (лась), що послуги зазначені вірно. Якщо протягом 2 (двох) годин з моменту оформлення замовлення, я не звернусь до уповноваженої особи ПП «АСТРА-ДІА» для внесення змін до переліку послуг, зазначених у бланку замовлення, послуги вважаються замовленими належним чином та підлягають виконанню. Інформацію мені надала уповноважена особа ПП «АСТРА-ДІА».

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ року \_\_\_\_\_  
 (підпис пацієнта)

**Перевірте, будь-ласка, уважно правильність вказаних Ваших персональних даних.  
Від цього залежить якість наданої Вам послуги.**

Дані клієнта	Інформування та передача доступу до результатів
ПІБ	Телефон
Стать	Електронна пошта
Дата народження	

**Інформаційна згода на обробку персональних даних**

Підписанням цієї інформаційної згоди Ви надаєте ПП «АСТРА-ДІА», ідентифікаційний код 35796071 (далі «Приватне підприємство»), згоду на обробку Ваших персональних даних відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» від 01 червня 2010 року №2297-VI та інших нормативно-правових актів України, які стосуються захисту персональних даних, в базі персональних даних LIMS Terra Lab.

Приватне підприємство зобов'язується забезпечити конфіденційність та безпеку персональних даних під час обробки. Співробітники Приватного підприємства здійснюють обробку персональних даних виключно у зв'язку з використанням їхніх професійних обов'язків та зобов'язуються будь-яким способом не допустити розголошення персональних даних, які їм були довірені або стали відомі у зв'язку з виконанням професійних, службових та трудових обов'язків.

Ви надаєте згоду Приватному підприємству на відправлення отриманих Приватним підприємством результатів дослідження на всі електронні адреси, які будуть зазначені під час реєстрації Ваших персональних даних в базі даних. Відповідальність за конфіденційність інформації, після її отримання, несе власник цих електронних адрес. При цьому Приватне підприємство у разі передачі таких даних здійснює всі розумні дії для забезпечення адекватного захисту таких даних.

Метою обробки персональних даних є проведення Приватним підприємством лабораторних досліджень наданого Вами біологічного матеріалу та надати Вам, або вказаним Вами особами, можливості швидкого та зручного доступу до власних персональних даних, зокрема результату лабораторних досліджень, отримання додаткової корисної інформації, пов'язаної з результатами лабораторних досліджень та станом здоров'я, а також в інших аналогічних цілях, що стосуються результатів таких досліджень.

Обсяг персональних даних, згоду на обробку яких Ви надаєте Приватному підприємству, обмежується обсягом персональних даних, який Ви вказали в даній інформаційній згоді, яка була Вами заповнена, а також результатами лабораторних досліджень наданого Вами біологічного матеріалу.

Ви також підтверджуєте, що в повному обсязі проінформовані про внесення Ваших персональних даних до бази даних LimsTerraLab, мету обробки персональних даних, осіб, яким можуть бути передані персональні дані, та про свої права відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» від 01.06.2010 року №2297-VI, в тому числі про право вносити примітки, що стосуються права на обробку, своїх персональних даних.

Ви також даєте згоду на те, що дана інформаційна згода після її підписання, зберігається в електронній формі в архіві Приватного підприємства та ця електронна копія визнається достатнім доказом факту наявності Вашої згоди на збір та обробку зазначених у ній даних.

**Додаткова інформація для лабораторії:**

Попередній діагноз \_\_\_\_\_

День менструального циклу \_\_\_\_\_

Регулярність менструацій ТАК \_\_\_\_\_ НІ \_\_\_\_\_

Менопауза \_\_\_\_\_

Тиждень вагітності \_\_\_\_\_

Вживання лікарських препаратів:

Антитромботичні засоби: Клексан \_\_\_\_\_ Варфарин \_\_\_\_\_ Аспірін кардіо \_\_\_\_\_ Продакса \_\_\_\_\_ інші \_\_\_\_\_

Антибактеріальні препарати: \_\_\_\_\_ Останній прийом ліків \_\_\_\_\_

Гормональні препарати: \_\_\_\_\_ Останній прийом ліків \_\_\_\_\_

Даю згоду надсилання моїх результатів моєму лікуючому лікарю на пошту (вайбер чи інші месенджери)

ТАК \_\_\_\_\_ НІ \_\_\_\_\_