

## Подтверждение согласия при поступлении пациента в центр

### Лечение

Настоящим я даю согласие и разрешение Mount Sinai Health System (MSHS), врачам, медсестрам и другому лечащему персоналу оказывать мне медицинскую помощь. Сюда могут входить лечение, анализы и процедуры, необходимые для оказания медицинской помощи и улучшения состояния моего здоровья. Я знаю, что мне могут оказывать медицинскую помощь врачи-стажеры под руководством врача-наставника, если только я не попрошу об ином варианте обслуживания и мой лечащий врач не решит, что для моей безопасности лучше обойтись без этих членов команды.

### Наблюдатели и поставщики

Мне известно, что сотрудники технической поддержки или поставщики сервисных услуг могут быть частью моего медицинского обслуживания.

### Взятие анализов крови в случае контакта с биологическими жидкостями

Я понимаю, что если лицо, участвующее в моем уходе и лечении, подвергнется воздействию биологически инфицированных жидкостей, это может привести к возможной передаче заболевания через кровь. В таком случае у меня возьмут кровь на анализ, чтобы определить риск заражения ВИЧ, гепатитом В и гепатитом С.

### Тестирование на ВИЧ для пациентов

#### Общая информация о ВИЧ

- ВИЧ-инфекция — инфекционное хроническое заболевание, вызываемое вирусом, которое медленно прогрессирует и приводит к развитию СПИДа на поздней стадии. Эта инфекция может передаваться при незащищенном сексе, совместном использовании игл, родах или грудном вскармливании.
- Если результаты моего теста окажутся положительными, я смогу получить лечение от ВИЧ/СПИДа, которое поможет мне сохранить здоровье и прожить дольше.
- Люди, живущие с ВИЧ/СПИДом, могут использовать эффективные методы защиты и контрацепции, чтобы защитить других от заражения.
- Дискриминация по отношению к лицам, живущим с положительным ВИЧ-статусом, запрещена законом.

**Согласно статье 27F Закона об общественном здравоохранении штата Нью-Йорк (NYS Public Health Law), пациенты должны получать информацию о тестировании на ВИЧ следующим образом:**

Я ознакомился(-ась) с вышеизложенным и, если у меня возникнут вопросы или я захочу получить более подробную информацию, я сообщу об этом своему лечащему врачу.

### Пациент\* или законный представитель\*\*

- Медицинские работники должны предлагать прохождение тестирования на ВИЧ всем пациентам в возрасте 13–64 лет.
- Прохождение тестирования носит добровольный характер, а все полученные результаты теста на ВИЧ являются конфиденциальными (персональными данными).
- Анонимное тестирование на ВИЧ (без указания вашего имени и фамилии) можно пройти в некоторых общественных местах.
- Я могу отозвать свое согласие в любое время в устной или письменной форме.

### Вакцинация

Мне известно, что MSHS может передавать информацию о сделанных мне прививках в Информационную систему иммунизации штата Нью-Йорк (New York State Immunization Information System, NYSIIS) Департамента здравоохранения города Нью-Йорка (New York City State Department of Health). Это делается для того, чтобы мой лечащий врач был в курсе моей медицинской информации и чтобы при нашем совместном взаимодействии у меня была достигнута устойчивость организма к определенным инфекционным заболеваниям.

### Дополнительная информация о лечении

Я понимаю, что если я рожу ребенка, моя лечащая команда назначит витамин К и эритромициновую глазную мазь моему ребенку в рамках стандартного лечения новорожденных.

### Записи изображений и аудиозаписи

Мне известно, что записи изображений и аудиозаписи (далее — Записи) могут быть сделаны в клинических целях или для улучшения качества оказываемой мне медицинской помощи. Видеокамеры в помещениях медицинского назначения и общественных местах могут использоваться в целях безопасности.

Записи могут использоваться в образовательных целях (например, для презентации, конференции или публикации) при условии, что данные, по которым можно идентифицировать мою личность, будут удалены со снимков или из сопровождающих их описательных текстов. Если идентифицирующая информация присутствует в Записях, которые будут использоваться в образовательных целях, меня специально попросят дать разрешение перед их использованием.

Я понимаю, что имею право в любое время отозвать свое согласие на использование Записей обо мне в образовательных или исследовательских целях, и что такой отказ не скажется на моем доступе к получению медицинской помощи или ее качестве.

Имя и фамилия  
(печатными буквами)

Подпись

Дата

Время

Кем приходится

\* Подпись пациента должна быть получена только в том случае, если пациент не достиг возраста 18 лет или он признан недееспособным.  
\*\* Назначенный судом опекун, доверенное лицо пациента по медицинскому обслуживанию или лицо, принимающее суррогатные решения в соответствии с Законом о принятии решений по медицинскому обслуживанию семей (Family Health Care Decisions Act).