Приложение № 3

к Порядку прохождения донорами
медицинского обследования,
утвержденному приказом Минздрава России
от 28 октября 2020 г № II 66н

Согласие донора

на обработку персональных данных, включая специальные
категории персональных данных и биометрические
персональные данные

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

' (фамилия, имя, отчество (при наличии))

паспорт серии , номер , выдан

проживающий (ая) по адресу:

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», предоставляю ГБУЗ СПК МЗ КК

 (далее - Оператор) расположенному по адресу: г. Краснодар, ул. Димитрова, 166, свое согласие на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество (при наличии); место и дату рождения; регистрацию по месту жительства; адрес проживания (фактический); телефонный номер (домашний, рабочий, мобильный); адрес электронной почты; паспортные данные (серия, номер паспорта, кем и когда выдан); сведения о трудовой деятельности (место работы или учебное заведение, должность).

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение,использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в единую базу данных по осуществлению мероприятий, связанных с обеспечением безопасности донорской крови и ее компонентов, развитием, организацией и пропагандой донорства крови и ее компонентов на основании: Федерального закона от 20.07.2012 № 125-ФЗ «О донорстве крови и ее компонентов».

Подпись субъекта персональных данных

Дата составления согласия

Приложение № 2

к Порядку прохождения донорами

медицинского обследования,

утвержденному приказом Минздрава России

от 28 октября 2020 г № 1166н

**Информированное добровольное согласие донора на медицинское обследование и донацию крови и (или) ее компонентов**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии), год рождения, адрес места жительства донора)

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского обследования и донацию крови и (или) ее компонентов в государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Станция переливания крови» министерства здравоохранения Краснодарского края медицинским работником врачом-трансфузиологом\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя. отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы медицинского об­следования, порядок осуществления донации крови и (или) ее компонентов, связанный с ней риск, в том числе вероятность развития осложнений.

 Я получил(а) ответы на все заданные мной вопросы. Я полностью осо- знал(а) значимость полученной информации для моего здоровья и здоровья пациента, которому будет произведена трансфузия компонентов и препаратов, полученных из моей крови и (или) ее компонентов. Если я отношусь к группе риска по распространению вирусов гепатита В, С, ВИЧ-инфекции и других болезней, я согласен (согласна) не сдавать кровь и (или) ее компоненты для других людей. Я понимаю, что моя кровь и (или) ее компоненты будет прове­рена на наличие маркеров ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов В и С, сифилиса.

 Я информирован(а), что во время процедуры донации крови и (или) ее компонентов возможны незначительные реакции организма (кратковремен­ное снижение артериального давления, гематома в области инъекции), не являющиеся следствием ошибки медицинского персонала,

 Я осведомлен(а) о том, что за сокрытие сведений о наличии у меня ВИЧ- инфекции или венерического заболевания я подлежу уголовной ответствен­ности в соответствии со статьями 121 и 122 Уголовного кодекса Российской Федерации.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (фамилия, имя, отчество (мри наличии) гражданина)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (фамилия, имя, отчество медицинского работника)

Приложение № I

к Порядку прохождения донорами

медицинского обследования,

утвержденному приказом Минздрава России

от 28 октября 2020 г № 1166п

**Анкета донора крови и (или) ее компонентов**

**Фамилия, имя, отчество (при наличии) донора крови и (или) ее компонентов\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Дата рождения (день, месяц, год) донора крови и (или) ее компонентов\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №п/п |  Содержание вопроса | Ответ |
| 1. | Хорошее ли у Вас сейчас самочувствие? | да | нет |
| 2. | Выли ли у Вас когда-либо инфекционные заболевания (в том числе болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекпия), вирусные гепатиты В и С, сифилис, туберкулез, малярия)? | да | нет |
| 3. | Были ли у Вас когда-либо болезни сердца, высокое или низкое артериальное давление? | да | нет |
| 4. | Были ли у Вас когда-либо тяжелые аллергические реакции, бронхиальная астма? | да | нет |
| 5. | Были ли у Вас когда-либо судороги и заболевания нервной системы? | да | нет |
| 6. | Были ли у Вас когда-либо сахарный диабет, онкологические заболевания? | да | нет |
| 7. | Находились ли Вы в контакте с больными инфекционными заболеваниями? | да | нет |
| 8. | Были ли у Вас сексуальные связи с лицами, инфицированными вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекцией), больными вирусными гепатитами В и С, сифилисом? | да | нет |
| 9. | Пребывали ли Вы на территориях, на которых существует угроза возникновения и (или) распространения массовых инфекционных заболеваний или эпидемий?Если ДА, то на каких?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (укажите) | да | нет |
| 10. | Употребляли ли Вы когда-либо наркотические средства, психотропные вещества? | да | нет |
| 11. | Проводилась ли Вам за последний год вакцинация (прививки) и хирургические вмешательства? | да | нет |
| 12. | Принимаете ли Вы в настоящее время или принимали в течение последних 30 календарных дней какие-либо лекарства, включая жаропонижающие?Если ДА, то какие?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (укажите) | да | нет |
| 13. | Принимали ли Вы за последние 48 часов алкоголь? | да | нет |
| 14. | Состоите ли Вы на диспансерном учете или наблюдаетесь сейчас у врача? Если ДА, по какому поводу и в какой медицинской организации?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (укажите) | да | нет |
| 15. | Для женщин: беременны ли Вы в настоящее время, была ли у Вас беременность за последний год, кормите ли Вы в настоящее время ребенка грудью? | да | нет |
| 16. | Проводили ли Вам иглоукалывание, пирсинг, татуировку за последние 120 календарных дней? | да | нет |

**Подпись донора\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Дата (число, месяц, год)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись медицинского работника\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**