

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

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(дата рождения (день, месяц, год), адрес места жительства)

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского обследования и донацию крови и (или) ее компонентов в (в соответствии с приказом Минздрава России от 28.10.2020 № 1166н «Об утверждении порядка прохождения донорами медицинского обследования и перечня медицинских противопоказаний (временных и постоянных) для сдачи крови и (или) ее компонентов и сроков отвода, которому подлежит лицо при наличии временных медицинских показаний, от донорства крови и (или) ее компонентов»)

ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»

(наименование организации службы крови государственной системы здравоохранения города Москвы)

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 осведомлен (а):

- что утаивание при проведении врачебного осмотра информации о существующих у меня заболеваниях или симптомах заболеваний может отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья и привести к развитию у меня осложнений после донации, а также нанести вред реципиенту компонентов моей крови;

- решение о допуске меня к донации принимает врач-трансфузиолог на основании результатов осмотра и предварительного обследования. При наличии у врача по результатам осмотра сомнений в состоянии моего здоровья, я буду направлен на дополнительное обследование у специалистов с оформлением временного отвода от донаций, который будет снят только после представления в организацию службы крови государственной системы здравоохранения города Москвы результатов назначенной консультации;

- донация выполняется из вены локтевого сгиба. Трудности при выполнении венепункции не являются следствием недолжной подготовки медицинского персонала и могут быть как следствием особенностей анатомического строения сосудисто-нервного пучка локтевой области, так и анатомических особенностей самой вены;

- отсутствие венозного доступа может быть основанием для отказа в выполнении донации;

- процедура венепункции может сопровождаться формированием гематомы, что также не является следствием ошибок персонала. Риск формирования гематом в области венепункции значительно увеличивается при раннем (менее 4 часов с момента завершения донации) снятии давящей повязки, накладываемой на область локтевого сгиба, и при физических нагрузках;

- во время выполнения донации возможны незначительные реакции организма в виде кратковременного снижения артериального давления;

- тромбирование магистралей при выполнении донации цельной крови является основанием для прерывания донации;

- изменение цвета, наличие нерастворимых осадков, сгустков при заготовке плазмы и тромбоцитов методом автоматического афереза является основанием для прерывания донации;

- после завершения донации образцы моей крови, полученные в процессе донации, направляются для выполнения биохимического, вирусологического, иммунологического и, в том числе обследование на ВИЧ-инфекцию, в ряде случаев бактериологического исследования. По результатам выполненного исследования мне могут оформить медицинский отвод от донаций и пригласить в организацию службы крови государственной системы здравоохранения города Москвы для повторного обследования.

Я получил(а) ответы на все заданные мной вопросы. Я полностью осознал(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 (будут) проверена (проверены) на наличие маркеров ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов В и С, сифилиса.

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.

Донор

\_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_

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

Дата составления информированного  
добровольного согласия

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(число, месяц, год)

Медицинский  
работник

\_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_

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