ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ

ВМЕШАТ ЕЛЬС'ТВО

Настоящее добровольное согласие составлено "В соответствии со статьями 20, 22 Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011 г. №323-Ф3 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я

(фамилия, имя, отчество пациента, родителя, законного представителя пациента)

Даю согласие на медицинское вмешательство:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация.
3. Антропометрические исследования
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологи ческие, иммунологические.
7. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.

S. Проведение процедур забора крови, плазмафереза, тромбоцитафереза, эритроцитафереза, лейкоцитафереза.

1. Аутодонорство крови и ее компонентов.
2. Забор крови из пальца.
3. Забор крови из вены

Я получил(а) подробное объяснение по поводу данной процедуры и понимаю, что указанное вмешательство необходимо мне для выполнения мной донорских функций.

Я оеведомлен(а) о возможных осложнениях, которые могут возникнуть во время проведения забора крови из вены.

Мне была предоставлена возможность задать все интересующие меня вопросы по данной процедуре. У меня нет оснований не доверять или сомневаться в квалификации врача, медсестры или медицинского техника, выполняющих медицинское вмешательство.

Я информирован(а), что при заборе крови происходит нарушение целостности кожных покровов, что может причинить некоторую физическую боль, иногда - психо-эмоциональный дискомфорт, интенсивность которых зависит от индивидуальных особенностей каждого человека. Я понимаю, что при этом медицинский персонал предпримет все меры, чтобы оно было минимальным.

Мне известно, что данная процедура выполняется одноразовым инструментом и не может привести к инфицированию

В случае возникновения непредвиденных ситуаций во время проведения процедуры, я согласен (согласна) на применение тех мероприятий, которые, по мнению медицинских специалистов, целесообразны в таком случае.

Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятен, полученные разъяснения мне понятны и меня удовлетворяют.

Дата 20 г.

Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(родителя, законного представителя пациента) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф. И. О. донора

Возраст (полное число лет) Пол

1. Общее состояние здоровья ДА НЕТ

1 . Общее самочувствие а настоящее время хорошее? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Есть ли сейчас температура, головная боль, боль в горле, насморк, кашель? (нужное подчеркнуть)
2. У потребляли ли за последние 4 часа пищу?
3. Употребляли ли за последние 48 часов алкоголь? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Производилось ли за последние 10 дней удаление зуба? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Принимали ли за последний месяц лекарства?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Какие? (указать) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Производились ли прививки? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Наблюдаетесь ли сейчас у врача? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Если «ДА», по какому поводу (указать) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Б. За прошедшие 6 месяцев:

1. Производили ли Вам инъекции лекарств? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Подвергались ли Вы хирургической операции? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Производили ли Вам переливание крови или ее препаратов? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Прокалывали ли Вам уши, делали ли акупунктуру или татуировку? \_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Были ли Вы в контакте с больным гепатитом, желтухой, сифилисом. ВИЧ-инфекцией? (нужное

подчеркнуть)

1. Были ли у Вас когда-нибудь:

1. Потеря веса? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Ночные поты? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

З. Обмороки? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Гепатит, венерические заболевания? (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Крово(плазмо)дачи? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Если «ДА» указать дату последней \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Были ли отводы от кроводач? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Если «ДА», указать дату и причину отвода \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Выезд за рубеж за последние 3 года? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Если «ДА», указать дату и название страны \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Г. Дополнительно для женщин:

1 .Беременны ли Вы сейчас и была ли беременность за последние 6 недель? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Срок последней менструации (указать) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Состоите ли Вы на диспансерном учете? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Если «ДА», указать лечебно-профилактическое учреждение (диспансер, женская консультация, поликлиника) и причину \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я прочитал(а), понял(а) в правильно ответил(а) на все вопросы анкеты, а также 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 (плазмы). Если я отношусь к группе риска по распространению вирусов гепатита В, С, ВИЧ и других болезней, я согласен (согласна) не сдавать кровь (плазму) для других людей. Я понимаю, что моя кровь (плазма) будет проверена на ВИЧ и другие вирусы. Я информирован(а), что во время процедуры взятия крови (плазмы) возможны незначительные реакции организма (кратковременное снижение артериального давления, гематома в области инъекции) не являющиеся следствием ошибки персонала.

Я согласен (согласна) с тем, что моя кровь (плазма) будет использована так, как это необходимо больным людям.

Я осведомлен(а) о том, что и 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 (Собрание законодательства Российской Федерации. 1996. №25. ст. 2954).

Я согласен (согласна) с обработкой моих персональных данных в соответствии с законом Российской Федерации.

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

(подпись)

Я согласен (согласна) получать информацию и приглашения на крово - плазмодачу посредством SMS сообщений.

Дата

Донор

(подпись) (ф.и.о.)

Медицинский работник \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ф.и.о.)

(подпись)

Приложение № 1 к приказу № 15 от «23» мая 201Зг

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Тюменской области  
«Областная станция переливания крови»

СОГЛАСИЕ

субъекта персональных данных, обратившегося в медицинскую организацию,  
на обработку его персональных данных

«\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2014г.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. полностью

Паспорт выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

серия и номер паспорта

по месту регистрации

дата и наименование выдавшего органа по месту регистрации

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006г № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю своё согласие на обработку Государственным бюджетным учреждением здравоохранения Тюменской области «Областная станция переливания крови», расположенного по адресу: г. Тюмень, ул. Энергетиков, 35 (далее Оператор), моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, дату и место рождения, пол, гражданство, место жительства, в том числе сведения о регистрации по месту жительства, месту проживания, место работы, социальное положение (статус), реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, дата выдачи, наименование и код подразделения органа, выдавшего документ), реквизиты полисов медицинского страхования, страховой номер индивидуального лицевого счёта в Пенсионном фонде России (СНИЛС), сведения об оказании медицинской помощи, сведения о мерах социальной поддержки, данные о состоянии здоровья, в том числе, содержащие врачебную тайну, в целях:

* установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, в медикопрофилактических целях при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством РФ сохранять врачебную тайну;
* защиты моих прав на получение качественной медицинской помощи;
* осуществление контроля качества оказанных мне медицинских услуг, проведения медико-профилактических мероприятий;
* оплаты оказанных по программе обязательного и добровольного медицинского страхования медицинских услуг;
* ведения учета оказанной медицинской помощи;
* формирование медицинских статистических данных в формах медико-статистического наблюдения;
* обеспечение соблюдения законов Российской Федерации и иных нормативных правовых актов Российской Федерации.

Представляю Оператору право осуществлять при обработке моих персональных данных все действия (операции) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в информационные хранилища (электронную базу данных, списки, реестры, регистры), а также учетные и отчетные формы в электронном и бумажном исполнении.

Оператор вправе осуществлять обработку моих персональных данных централизованно в Единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения, отраслевой информационной системе здравоохранения Тюменской области.

Оператор имеет право получать и передавать мои персональные данные, в том числе содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, с использованием средств автоматизации и без использования таких средств, на материальных носителях, в том числе в бумажном виде, в следующие государственные органы, организации (учреждения):

* Управление Роспотребнадзора по Тюменской области;
* ФГУЗ Центр гигиены и эпидемиологии в Тюменской области;
* Федеральный и территориальный фонды обязательного медицинского страхования;
* Пенсионный фонд Российской Федерации, включая его территориальные органы;
* Страховые медицинские организации, осуществляющие моё страхование;
* Организации (учреждения), осуществляющие на законном основании обработку медико-статистической информации;
* ГБУЗ ТО «Областной кожно-венерологический диспансер»;
* ГБУЗТО «Центр по профилактике и борьбы со СПИД и инфекционным заболеваниям»;

-Органы управления здравоохранением Тюменской области (без автономных округов), муниципальных образований, расположенных на территории Тюменской области (без автономных округов).

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я оставляю за собой право отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного заявления, которое может быть направлено в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных. Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи и предоставления соответствующей медико-статистической информации.

Я согласен (согласна) получать информацию и приглашения на крово(плазмо)-дачу посредством SMS- сообщений.

Контактный телефон(ы):

и почтовый адрес: \_\_

Настоящее согласие дано мной и действует бессрочно, в случае

(дата)

если согласие не отозвано в письменной форме.

Подпись субъекта персональных данных

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

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Тюменской области Приложение № 1

«Областная станция переливания крови» к письму

№565025 от 08.08.2011 г.

Информированное согласие на проведение освидетельствования на ВИЧ-инфекцию.

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения

настоящим подтверждаю, что на основании предоставленной мне информации свободно и без принуждения принял решение обследоваться на наличие антител к ВИЧ.

Дата Подпись

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

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Тюменской области  
"Областная станция переливания крови"

Информированное согласие на проведение освидетельствования на ВИЧ-инфекцию

Я

настоящим подтверждаю, что на основании предоставленной мне информации свободно и без принуждения принял решение обследоваться на наличие антител к ВИЧ. Я подтверждаю что мне разъяснено, почему важно протестироваться на ВИЧ. Меня проинформировали что:

Обследование на наличие антител к ВИЧ молено пройти в любом НПО, обследоваться можно конфиденциально или анонимно. При конфиденциальном обследовании я должен предъявить паспорт или другой документ удостоверяющий личность. В государственных медицинских учреждениях тестирование на ВИЧ проводится бесплатно. Обнаружение антител к ВИЧ свидетельствует о наличии инфекции. Отрицательный результат может быть на фоне «сероиегативного окна» (т.е. организм еще не выработал антитела на вирус) в связи с чем желательно повторить обследование через 3 месяца.

ВИЧ-инфекция передается только тремя путями:

• при сексуальных контактах без презерватива;

•через кровь при медицинских или немедицинских процедурах. Чаще всего заражение этим путем происходит при использовании нестерильного инструментария для употребления наркотиков;

•от инфицированной ВИЧ матери к ребенку во время беременности, родов и при грудном вскармливании.

Заражение ВИЧ в быту при рукопожатии, пользовании общей посудой, бассейном, туалетом, а также при укусах насекомых не происходит.

В России существует бесплатное лечение для всех нуждающихся ВИЧ-инфицированных. Лечение продляет жизни и улучшает качество жизни. ВИЧ-инфицированным беременным важно вовремя принимать препараты.

Результаты тестирования на ВИЧ по телефону не сообщаются. Их сообщает консультант при послетестовом консультировании.

С вопросами можно обращаться в ГБУЗ «ЦПБС и ИЗ» (контактный телефон 34-39-69 или 34-39-63).

Дата\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_