

ჰოსპიტალიზებული პაციენტის (წარმომადგენლის) უარი

(C ჰეპატიტის ვირუსის კვლევაზე)

პაციენტი _____ -/პაციენტის სახელი და გვარი/, პ/ნ

ან თუ პასიენტი 18 წლამდე ასაკისაა ან მოკლებულია გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარი, პასიენტის კანონიერი წარმომადგენელი

_____/წარმომადგენლის სახელი და გვარი/, პ/ნ

პაციენტთან ნათესაური / სხვა კავშირი _____

უარს ვაცხადებ, რომ

_____/სამედიცინო დაწესებულება/ -ის მიერ C ჰეპატიტზე ვირუსის საწინააღმდეგოანტისხეულის განსაზღვრის მიზნით, განხორციელდეს პასიენტის კვლევა, მათ შორის სწრაფი - მარტივი ტესტირების ანდა იმუნოფერმენტული ანალიზის მეთოდის გამოყენებით.

კვლევაზე უარი ხორციელდება პაციენტის /წარმომადგენლის სურვილისა და ნების საფუძველზე, სამედიცინო დაწესებულების მხრიდან, ჩემთვის გასაგები ფორმით და მოცულობით, მივიღე სრული და ამომწურავი ინფორმაცია პაციენტის ჯამრთელობისთვის ზემო აღნიშნული კვლევის მნიშვნელობასა დამასზე უარის შემთხვევაში შესაძლო რისკების შესახებ.

ყოველივე ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე ვაცხადებ უარს, რომ C ჰეპატიტის ვირუსის საწინააღმდეგო ანტისხეულების განსაზღვრის მიზნით, პაციენტს ჩაუტარდეს კვლევა, მათ შორის, სწრაფი - მარტივი ტესტირების ანდა იმუნოფერმენტული ანალიზის მეთოდის გამოყენებით.

ინფორმაცია პაციენტის შესახებ

პაციენტი (პაციენტს):

ა) რეგისტრირებულია ან გადის ანტივირუსული მკურნალობის კურსს შესაბამისი სახელმწიფო პროგრამით, მკურნალობის მთელი პერიოდის განმავლობაში;

ბ) დასრულებული აქვს ანტივირუსული მკურნალობის კურსი (მ. შ. შესაბამისი სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში), რაც დასტურდება სათანადო დოკუმენტირებული მტკიცებულებით;

გ) ბოლო 6 თვის განმავლობაში, C ჰეპატიტის დიაგნოსტიკის (მ.შ. სკრინინგული კვლევები) ფარგლებში, გამოვლენილი აქვს.

დ) არ აკმაყოფილებს „ა“, „ბ“ და /ან „გ“ პუნქტებით განსაზღვრულ პირობას / პირობებს.

(პაციენტის ხელმოწერა)

(პაციენტის წარმომადგენლი ხელმოწერა)

თარიღი: _____