

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

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

_____ года рождения, проживающий (ая) по адресу: _____
даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского обследования и
донацию крови и (или) ее компонентов в *Федеральном государственном бюджетном учреждении Центр крови ФМБА России*.

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы медицинского обследования, по-
рядок 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 осознал(а) значимость по-
лученной 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 воз-
можны незначительные реакции организма (кратковременное снижение артериального давле-
ния, гематома в области инъекции), не являющиеся следствием ошибки медицинского персона-
ла.

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

подпись _____ / (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

подпись _____ / (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

**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 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персо-
нальных данных», предоставляю *Федеральному государственному бюджетному учреждению Центр крови ФМБА России* (далее - Оператор) расположенному по адресу: г.Москва, ул. Щукин-
ская, бк2, свое согласие на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя,
отчество (при наличии); место и дату рождения; регистрацию по месту жительства; адрес про-
живания (фактический); телефонный номер (домашний, рабочий, мобильный); адрес электрон-
ной почты; паспортные данные (серия, номер паспорта, кем и когда выдан); сведения о труде-
вой деятельности (место работы или учебное заведение, должность).

Представляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональ-
ными 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 меро-
приятий, связанных с обеспечением безопасности донорской крови и ее компонентов, развити-
ем, 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 _____

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	Были ли у Вас когда-либо инфекционные заболевания (в том числе болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция), 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, укажите, на каких?	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, укажите какие?	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, укажите по какому поводу и в какой медицинской организации?	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 / _____ / _____
подпись медицинского работника _____ / _____
дата _____