



Комплект Часть В – Сексуальное насилие с использованием наркотиков
Форма согласия пациента на сбор, выдачу или хранение доказательств

ПРИКРЕПИТЕ СТИКЕР ПАЦИЕНТА

Или введите имя пациента: _____

Дополнительная информация

Тел. пациента:		Эл.адрес пациента:	
Название учреждения:			

Инструкции: Настоящая форма используется в случаях, когда пациент, на которого было совершено нападение с целью изнасилования, или опекун, дает разрешение на сбор доказательств нападения с целью изнасилования **и есть подозрение, что нападение с целью изнасилования было совершено с использованием наркотиков**. Укажите инициалы пациента / опекунов в специально указанных строках. Полные подписи необходимо поставить внизу формы.

Совершеннолетний, обратившийся в отделение неотложной помощи больницы, может, без участия родителей, дать или не давать своего согласия на проведение судебно-медицинской экспертизы в ходе оказания помощи после нападения с целью изнасилования.

Данная форма согласия не предназначена для описания всех компонентов судебно-медицинской экспертизы при нападении с целью изнасилования. Полное информированное согласие предоставляется пациентом на протяжении всего обследования, путем постоянной устной коммуникации между врачом, пациентом и опекуном, если есть. Сохраните эту форму в электронной медицинской карте пациента. Копия может передаваться уполномоченному лицу (пациенту и/или опекуну), а также правоохранительным органам, если предоставляется.

Согласие на сбор доказательств преступления сексуального характера с использованием наркотиков

Я согласен на сбор образцов крови и мочи поставщиком услуг, используя *Комплект для сбора доказательств преступления сексуального характера штата Нью-Йорк, Часть В*. Я понимаю, что это делается с целью выявления наличия наркотиков в рамках обследования по факту сексуального насилия. Эти доказательства будут использованы, если я пожелаю сообщить о преступлении в правоохранительные органы.

Я понимаю, что в любой момент могу отказаться от любой или всех частей настоящего обследования и сбора доказательств. Медицинский работник рассказал мне о моих правах, предоставил мне копию «Билля о правах жертвы сексуального насилия штата Нью-Йорк» и предложил объяснить его положения.

... продолжение на Стр. 2

Пожалуйста, поставьте свои инициалы рядом с вашим выбором:

Сбор образцов крови Да _____ Нет _____

Сбор образцов мочи Да _____ Нет _____

Согласие на выдачу и хранение доказательств преступления сексуального характера с использованием наркотиков входит в Согласие части А для комплекта в целом.

Лицо, предоставляющее согласие: Пациент Родители Пациента Опекун Пациента

Опекун Пациента

Подпись уполномоченного лица ФИО печатными буквами Дата

Подпись поставщика медицинских услуг ФИО печатными буквами Дата

Подпись переводчика (если есть) ФИО печатными буквами Дата

Распространение: Оригинальный экземпляр хранится в медицинской карте пациента;
копия выдается пациенту;

Не размещайте бланк согласия в ячейке для Комплекта Части В