



**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*