



**Комплект Часть А – Нападения с целью изнасилования**  
**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. Укажите инициалы пациента / опекуна 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 нападение 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**

Я согласен на то, чтобы врач осмотрел меня и собрал доказательства сексуального насилия, используя *Комплект для сбора доказательств преступления сексуального характера штата Нью-Йорк, Часть А*. Я понимаю, что это может включать проведение опроса о моей личной и медицинской истории, осмотр меня на предмет возможных травм или других медицинских проблем, а также взятие образцов для установления доказательств. Я также могу дать согласие на фотографирование травм, если это необходимо. 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 мочи Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

Фотографии Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

### **Согласие на выдачу и хранение доказательств преступления сексуального характера**

Я могу принять решение сообщить правоохранительным органам о своем случае и передать собранную у меня информацию и доказательства правоохранительным органам. Доказательства могут включать *Комплект для сбора доказательств преступления сексуального характера штата Нью-Йорк, Часть А, Комплект для сбора доказательств преступления сексуального характера штата Нью-Йорк, Часть В* фотографии и/или любые другие личные вещи, взятые у меня во время обследования. Правоохранительные органы передадут мои доказательства в судебно-медицинскую лабораторию для анализа.

Или я могу принять решение, что не желаю уведомлять правоохранительные органы или передавать мои доказательства и собранную информацию им. Мне рассказали, что собранные мною доказательства будут храниться в надежном месте в течение 20 лет. Если я не хочу, чтобы мои доказательства передавались правоохранительным органам в течение периода их хранения 20 лет, они будут впоследствии уничтожены в соответствии с законами штата и местными законами.

Правоохранительные органы передадут мои доказательства в судебно-медицинскую лабораторию для анализа. Я понимаю, что могу в любое время, по своему собственному усмотрению, передать доказательства правоохранительным органам до момента их уничтожения. Если мои доказательства будут перемещаться в другое место и перед их уничтожением, сотрудники данного учреждения должны прилагать все возможные усилия, чтобы уведомить меня об этом.

Я понимаю, что моя одежда и любые другие личные вещи, взятые в качестве доказательств, будут возвращаться мне в случае моего запроса.

Пожалуйста, поставьте свои инициалы рядом с вашим выбором:

Уведомить правоохранительные органы Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

Предоставить доказательства правоохранительным органам Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_  
(В случае отрицательного ответа доказательства будут отправлены на длительное хранение)

Предоставить фотографии правоохранительным органам Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

Предоставить другие вещи (указать) Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

---

... продолжение на Стр. 3

Лицо, предоставляющее согласие:

Пациент

Родители Пациента

Опекун Пациента

Другие (укажите): \_\_\_\_\_

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;

Копия для правоохранительных органов, в случае уведомления

*Не размещайте бланк согласия в ячейке для Комплекта Части А*