

# ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПУБЛИКАЦИЮ СООБЩЕНИЯ О КЛИНИЧЕСКОМ СЛУЧАЕ

Предварительное название сообщения о клиническом случае:

---

---

Я, \_\_\_\_\_  
[Ф. И. О. ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ]

находился под наблюдением д-ра \_\_\_\_\_  
[Ф. И. О. ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ]

\_\_\_\_\_  
[АДРЕС ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ]

\_\_\_\_\_  
[АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ]

**Я подтверждаю, что** (поставьте отметку в ячейке для подтверждения)

**имею законное право предоставлять такое согласие.**

Подписывая данную форму согласия, я даю этому врачу и другим соавторам разрешение на подготовку сообщения о моем лечении. Я понимаю следующее:

Я не получу никакой непосредственной выгоды от включения информации обо мне в это сообщение. Однако возможно, что данная информация, которая может стать известной другим медицинским работникам, поможет улучшить лечение таких же пациентов в будущем.

Подписывая эту форму согласия, я не лишаюсь права на врачебную тайну. Мое имя и охраняемая законом информация о состоянии здоровья не будут раскрываться другим лицам без запроса и получения моего разрешения на эти действия. Тем не менее, я понимаю, что полная анонимность не может быть гарантирована. Возможна ситуация, в которой кто-либо где-либо, например кто-либо из специалистов, занимавшихся моим лечением, или родственник, может узнать меня.

В этом сообщении о клиническом случае используется следующая информация, имеющая отношение к данному клиническому случаю: анамнез заболевания, результаты лабораторных и инструментальных исследований, фотографии и сведения о назначенном лечении.

Обобщенная информация о моем лечении будет представлена на рассмотрение группы экспертов и исследователей и может быть опубликована в открытом доступе в медицинском журнале (любой человек свободно сможет увидеть и прочитать публикацию в Интернете) и (или) представлена на медицинской конференции, и я даю разрешение на публикацию и представление информации в такой форме. В обобщенной информации о моем лечении и в сообщении о клиническом случае не будет никаких персональных данных. При упоминании каких-либо персональных данных они будут представлены в анонимной форме.

Предоставляя разрешения на включение информации обо мне в это сообщение о клиническом случае, я не несу никаких дополнительных расходов. Я не получу никакой компенсации.

Данная форма составлена в соответствии с «Документом для обсуждения наилучшей практики получения согласия на публикацию сообщений о клинических случаях» Комитета по этике публикаций (Committee On Publication Ethics, COPE). Этот документ представлен на веб-сайте [www.publicationethics.org](http://www.publicationethics.org), дата публикации 25 февраля 2016 г., дата загрузки документа 11 января 2018 г.

Мое сотрудничество является полностью добровольным, и я могу в любое время отозвать разрешение на включение информации о себе в данное сообщение о клиническом случае. После получения уведомления от лечащего врача все мои персональные данные будут удалены. Однако после подготовки и публикации сообщения о клиническом случае, содержащего персональные данные в анонимной форме, такая публикация не сможет быть отозвана. Мое решение не повлечет за собой никаких штрафных санкций или утраты каких-либо льгот, на которые я имею право, и не повлияет на качество предоставляемой мне помощи. Уведомление об отзыве разрешения можно направить лечащему врачу (контактная информация указана выше).

Меня могут попросить высказать свое мнение («мнение пациента») о проведенном лечении. Я могу в добровольном порядке согласиться или отказаться от предоставления такой информации.

**Подписывая данную форму, я подтверждаю следующее:**

- Я даю согласие на участие в данном проекте по подготовке сообщения о клиническом случае.
- Я разрешаю использовать персональные данные о состоянии моего здоровья (медицинские записи) в порядке, описанном в данной форме.
- Мне сообщили, что я не обязан(а) участвовать в этом проекте по подготовке сообщения о клиническом случае.
- Мне была предоставлена информация о рисках и пользе (если таковые будут иметь место), связанными с предоставлением разрешения на включения информации обо мне в это сообщение о клиническом случае.
- Я прочитал(а) все страницы данной формы.
- Я видел(а) копию сообщения о клиническом случае, подготовленного для публикации или представления на рассмотрение, в том числе фотографии, и согласен(а) с этим вариантом.
- Мне подробно объяснили суть подготовки сообщения о клиническом случае, и я получил(а) исчерпывающие ответы на все вопросы.

*Заполняется и подписывается пациентом или законным опекуном*

Дата \_\_\_\_\_

Место \_\_\_\_\_

Ф.И.О. печатными буквами \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

*Заполняется и подписывается лечащим врачом, который объяснил содержание формы согласия пациенту и получил согласие*

Дата \_\_\_\_\_

Место \_\_\_\_\_

Ф.И.О. печатными буквами \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_