

Приложение № 3
к Порядку прохождения донорами
медицинского обследования,
утвержденному приказом Минздрава России
от «28» октября 2020 г. № 1166н

**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 статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006

№ 152-ФЗ «О персональных данных», предоставляю _____
(полное наименование медицинской организации)

(далее - Оператор) расположенному по адресу: г. Москва, Шаболовка, 57,
свое согласие на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию,
имя, отчество (при наличии); место и дату рождения; регистрацию по месту
жительства; адрес проживания (фактический); телефонный номер (домашний,
рабочий, мобильный); адрес электронной почты; паспортные данные (серия,
номер паспорта, кем и когда выдан); сведения о трудовой деятельности (место
работы или учебное заведение, должность).

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с
моими персональными 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 мероприятий,
связанных с обеспечением безопасности донорской крови и ее компонентов,
развитием, 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 _____

Информированное добровольное согласие донора на выбор варианта предоставления мер социальной поддержки, оплаты за сданную кровь или ее компоненты или отказа от них

Я _____

Ф.И.О. вписать

настоящим подтверждаю выбор мной мер социальной поддержки в соответствии с Постановлением Правительства Москвы от 11.03.2013г. № 51-ПП «О мероприятиях по организации и пропаганде донорства крови и (или) ее компонентов и обеспечению социальной поддержки доноров, безвозмездно сдавших кровь и (или) ее компоненты», или оплаты в соответствии с Приказом МЗ РФ от 17.12.2012г. №1069н «Об утверждении случаев, в которых возможна сдача крови и (или) ее компонентов за плату, а так же размеров такой платы», или отказа от перечисленного в соответствии с Федеральным законом от 20.07.2012г. № 125-ФЗ «О донорстве крови и ее компонентов» за донацию _____, выполняемую мной _____

цельной крови, плазмы, тромбоцитов, вписать

число, месяц, год, вписать

- ☐ Не предполагаю получения мер социальной поддержки или оплаты
- ☐ Выбираю получение мер социальной поддержки в виде денежного вознаграждения в соответствии с п. 4 Постановления от 11.03.2013 №51-ПП в виде (отметить):
11.02.2013
- ☐ Выплата денежных средств непосредственно после донации
- ☐ Выплата денежных средств после выполнении 4 донаций цельной крови, или 15 донаций плазмы, или 10 донаций тромбоцитов в течение донорского года
- ☐ Выполняю донацию платно в соответствии с Приказом МЗ РФ от 17.12.2012г. № 1069н

Мне разъяснена необходимость информирования сотрудников ГБУЗ «Центр крови имени О.К. Гаврилова ДЗМ» о моем выборе на этапе заполнения Анкеты донора крови и (или) ее компонентов, в связи с внесением информации о моем выборе в соответствующие журналы.

Мне известно, что, в соответствии с п.9 Приложения 1 к Постановлению Правительства Москвы от 11.03.2013 № 51-ПП, донации с предоставлением мер социальной поддержки не учитываются при награждении нагрудным знаком «Почетный донор Москвы» и «Почетный донор России» и при пролонгировании предоставления социальных льгот, обеспеченных нагрудным знаком «Почетный донор Москвы».

Мне известно, что после отказа от получения мер социальной поддержки в виде денежного вознаграждения за конкретную донацию я в дальнейшем не могу претендовать на выплату денежного вознаграждения за эту донацию. Мне известно, что для пролонгирования предоставления мне социальных льгот как Почетному донору Москвы я ежегодно должен буду выполнить сдачу крови не менее 3 раз или тромбоцитов не менее 7 раз в ГБУЗ «Центр крови имени О.К. Гаврилова ДЗМ» или в ОПК ДЗМ без предоставления мер социальной поддержки в виде денежного вознаграждения, без оплаты.

Мне известно, что при выполнении донации платно в соответствии Приказом МЗ РФ от 17.12.2012 г. №1069н компенсация за питание не выплачивается.

- ☐ Я не могу претендовать на получение мер социальной поддержки в виде денежного вознаграждения, так как (отметить):
- ☐ впервые обратился в учреждение Службы крови государственной системы здравоохранения города Москвы
- ☐ обратился в учреждение Службы крови государственной системы здравоохранения города — Москвы после более чем 12-месячного перерыва
- ☐ выполняю донацию по направлению медицинской организации.

Дата _____

Подпись донора _____

Приложение № 2
К Порядку прохождения донорами
медицинского обследования,
утвержденному приказом Минздрава России
от «28» октября 2020 г. №1166н

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

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

_____ (год рождения, адрес места жительства донора)
даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского
обследования и донацию крови и (или) ее компонентов в _____
_____ (полное наименование медицинской организации) **ГБУЗ «ЦЕНТР КРОВИ
ИМ О. К. ГАВРИЛОВА
ДЗМ»**

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы медицинского обследования, порядок 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 полученной 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 возможны незначительные реакции организма (кратковременное снижение артериального давления, гематома в области инъекции), не являющиеся следствием ошибки медицинского персонала.

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

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

Приложение № 1
К Порядку прохождения донорами
медицинского обследования,
утвержденному приказом Минздрава России
от «28» октября 2020 г. №1166н

**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	
		да	нет
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	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	да	нет
9.	Пребывали ли Вы на территориях, на которых существует угроза возникновения и (или) распространения массовых инфекционных заболеваний или эпидемий? Если ДА, то на каких? _____ (укажите)	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, то какие? _____ (укажите)	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, то по какому поводу и в какой медицинской организации? _____ (укажите)	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 _____

Дата (число, месяц, год) _____

Подпись медицинского работника _____

Главному врачу ГБУЗ «Центр крови
имени О.К. Гаврилова ДЗМ»

О.А. Майоровой **М.В. Аппалул**

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Паспорт серия _____ № _____

Выдан _____

дата выдачи _____

код подразделения _____

Зарегистрированного по адресу: _____

Заявление на получение денежной компенсации за питание

Донации: крови, плазмы, тромбоцитов, эритроцитов.

(нужное подчеркнуть)

Прошу выплатить мне денежные средства в размере _____ рублей в виде компенсации на питание за донацию, осуществлённую _____ (дата донации) в соответствии с Приказом МЗ РФ от 26.04.2013 № 265н «О случаях возможности замены бесплатного питания донора крови и (или) ее компонентов денежной компенсацией и порядке установления ее размера».

Дата «_____» _____ 20_____ г.

Подпись донора _____

Расшифровка подписи _____