**Информированное согласие на проведение обследования**

**на ВИЧ-инфекцию**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, настоящим подтверждаю, что на основании

предоставленной мне информации, свободно и без принуждения, отдавая отчет о

последствиях обследования, принял решение пройти тестирование на антитела к

ВИЧ. Для этой цели я соглашаюсь сдать анализ крови.

Я подтверждаю, что мне разъяснено, почему важно пройти тестирование на ВИЧ,

как проводится тест и какие последствия может иметь тестирование на ВИЧ.

Я проинформирован, что:

- тестирование на ВИЧ проводится в Центре СПИД и других медицинских

учреждениях. Тестирование по моему добровольному выбору может быть

добровольным анонимным (без предъявления документов и указания имени) или

конфиденциальным (при предъявлении паспорта, результат будет известен

обследуемому и лечащему врачу). В государственных медицинских учреждениях

тестирование на ВИЧ проводится бесплатно;

- доказательством наличия ВИЧ-инфекции является присутствие антител к ВИЧ в

крови обследуемого лица. Вместе с тем, в период между заражением и

появлением антител к ВИЧ (так называемое "серонегативное окно, обычно 3

месяца) при тестировании не обнаруживаются антитела к ВИЧ и обследуемое

лицо может заразить других лиц.

- ВИЧ-инфекция передается только тремя путями:

- парентеральный - чаще всего при употреблении наркотиков, но может

передаваться также при использовании нестерильного медицинского

инструментария, переливании компонентов крови, нанесении татуировок,

пирсинге зараженным инструментом, использовании чужих бритвенных и

маникюрных принадлежностей;

- при сексуальных контактах без презерватива;

- от инфицированной ВИЧ матери к ребенку во время беременности, родов и при

грудном вскармливании.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись обследуемого на ВИЧ Дата