**ІНФОРМОВАНА**

**ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА ОСОБИ НА ПРОВЕДЕННЯ ПРОТИЕПІДЕМІЧНИХ ТА/АБО ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Я, |  | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|  | (прізвище, ім’я, по-батькові, дата народження) | | | |
|  | | (дані документа, що посвідчує особу) | |  | |

надаю однозначну добровільну згоду на мою самоізоляцію з метою дотримання протиепідемічних та/або профілактичних заходів у відповідності до Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб», Основ законодавства України про охорону здоров’я та зобов’язуюсь не порушувати режиму самоізоляції .

Мені в повному обсязі надано інформацію про причини, характер та тривалість моєї самоізоляції (шляхом перебування в помешканні, квартирі, будинку, тощо для встановлення медико-санітарного спостереження і проходження необхідних обстежень), пов’язаної з потенційним ризиком інфікування коронавірусом SARS-CoV-2 під час перебування в зоні/зонах поширення коронавірусу.

Приймаючи умови моєї евакуації з країни поточного перебування, я добровільно погоджуюсь на власну самоізоляцію в помешканні, квартирі, будинку протягом необхідного періоду для проведення протиепідемічних та/або профілактичних заходів, що встановлюється протягом інкубаційного періоду – 14 діб.

Мені в повному обсязі було надано інформацію щодо особливостей перебігу гострої респіраторної хвороби, викликаної новим коронавірусом SARS-CoV-2, її діагностики та лікування, можливого діагностично-лікувального процесу та про можливі несприятливі наслідки під час його проведення.

Мені надали в доступній формі інформацію про ймовірний перебіг захворювання (у разі його виникнення) і наслідки підписання цієї інформованої згоди на проведення протиепідемічних та/або профілактичних заходів.

Я поінформований(а) про те, що недотримання обмежувальних заходів під час моєї самоізоляції, рекомендацій з інфекційного контролю, прийому призначених лікарських засобів, безконтрольне самолікування можуть негативно позначитися на моєму стані здоров’я та стані здоров’я оточуючих.

Я мав(ла) можливість задавати будь-які питання, які мене цікавлять, стосовно перебування в самоізоляції, стану здоров’я, перебігу захворювання і лікування та одержав(ла) на них вичерпні відповіді.

Зобов’язуюсь дотримуватись режиму перебування в самоізоляції, в тому числі негайно повідомляти лікаря про будь-яке погіршення самопочуття під час перебування в самоізоляції та виключити прямі контакти з іншими особами.

Дана інформована згода надається мною та є дійсною протягом всього періоду, необхідного для проведення протиепідемічних та/або профілактичних заходів.

Зміст ст. 5 Закону України «Про забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення», ст. 42 Кодексу України про адміністративні правопорушення, ст. 325 Кримінального кодексу України мені роз’яснений та зрозумілий.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Інформацію надав |  | | | “\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_року |  |
|  | | (П.І.Б.) | (дата) | | (підпис) |

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, згодний(а) із запропонованою самоізоляцією у зв’язку з потенційним ризиком інфікуванням на гостру респіраторну хворобу, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2 та надаю однозначну згоду на обробку моїх персональних даних у відповідності до мети обробки відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» для захисту життєво важливих інтересів.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | “\_\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ року |
| (підпис) |  | (дата) |