

СОГЛАШЕНИЕ № 472

об организации взаимодействия

Филиала ГБУЗ Свердловской области «Свердловский областной центр по профилактике и борьбы со СПИД» г. Нижнего Тагила и ГАУ «Тагильский пансионат» по противодействию распространению ВИЧ-инфекции в городе Нижнем Тагиле

г. Нижний Тагил

« 20 » октября 2016

Общие положения

Филиал ГБУЗ Свердловской области «Свердловский областной центр по профилактике и борьбы со СПИД» г.Н.Тагила в лице заведующей филиала Каргаполовой Оксаны Николаевны, действующей на основании Устава, с одной стороны, и ГАУ «Тагильский пансионат» в лице директора Пушкарёва Николая Николаевича, действующего на основании Положения, с другой стороны, в дальнейшем именуемые «Стороны», руководствуясь Федеральным Законом от 30.03.1995 № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»; Федеральным законом от 07.02.2011 № 3-ФЗ «О полиции»; Санитарными правилами 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции»; распоряжением Правительства Свердловской области от 17.05.2013 №629-РП «О дополнительных мерах по противодействию распространения ВИЧ-инфекции в Свердловской области», Соглашением Министерства здравоохранения Свердловской области и Главного управления Министерства внутренних дел Российской Федерации по Свердловской области от 24.04.2013г. № 2013/13-10/10 «Об организации взаимодействия учреждений здравоохранения и правоохранительных органов по противодействию распространению ВИЧ-инфекции в Свердловской области», отмечая важность взаимодействия в области профилактики ВИЧ-инфекции, заключили настоящее Соглашение.

Предмет Соглашения

Организация взаимодействия Сторон по противодействию распространению ВИЧ-инфекции в Свердловской области.

Порядок взаимодействия

1. ГАУ «Тагильский пансионат»:

1.1. Обеспечивает системный доступ лицам, находящимся в данном учреждении с диагнозом В20 для необходимого наблюдения и обследования в филиал ГБУЗ Свердловской области «Свердловский областной центр по профилактике и борьбы со СПИД» г.Н.Тагила .

1.2 Обеспечивает доступ сотрудникам филиала ГБУЗ Свердловской области «Свердловский областной центр по профилактике и борьбы со СПИД» г.Н.Тагила в учреждение (по предварительной договорённости) для проведения обследования на ВИЧ-инфекцию лиц, находящихся в данном учреждении, с их добровольного согласия.

1.3. Предоставляет помещение для забора крови на ВИЧ-инфекцию клиентам пансионата, (помещение должно быть отремонтированным, чистым, хорошо проветриваться и легко подвергаться влажной уборке, оборудованным раковиной для мытья рук с подводкой горячей и холодной воды).

1.4. Предварительно (перед процедурой тестирования) информирует клиентов пансионата, об обследовании на ВИЧ-инфекцию, составляет список подлежащих обследованию.

1.5. По запросу филиала ГБУЗ Свердловской области «Свердловский областной центр по профилактике и борьбы со СПИД» г.Н.Тагила передает информацию о движении клиентов пансионата, после подписания вышеуказанными лицами информированного согласия на добровольное обследование на ВИЧ-инфекцию (приложение 1) и передачу персональных данных при обнаружении антител к ВИЧ методом быстрых тестов (приложение 2) в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

1.6. Создает условия для продолжения приема антиретровирусных препаратов и (или) противотуберкулезных препаратов пациентами, ранее получавшими вышеуказанную терапию, за счет собственных препаратов больного, либо за счет препаратов филиала ГБУЗ Свердловской области «Свердловский областной центр по профилактике и борьбы со СПИД» г.Н.Тагила по индивидуальным заявкам (приложение 3) (г. Нижний Тагил, ул. Джамбула, 45, тел. (3435)47-62-39

1.7. Размещает на информационных стендах информацию по проблеме ВИЧ-инфекции в пансионате.

2. Филиал ГБУЗ Свердловской области «Свердловский областной центр по профилактики и борьбы со СПИД» г. Нижнего Тагила:

2.1. В пансионате, организует забор крови и проведение исследований на наличие антител к ВИЧ с обязательным до и послетестовым консультированием, подписанием информированного согласия на добровольное обследование на ВИЧ-инфекцию и информированного согласия на передачу персональных данных при обнаружении антител к ВИЧ методом быстрых тестов.

2.2. По необходимости обеспечивает информационно-методическую помощь пансионату, в части организации и проведения обследования и профилактики ВИЧ-инфекции среди клиентов пансионата.

Проводит обучение сотрудников пансионата, по общим вопросам ВИЧ-инфекции, вопросам профилактики профессионального заражения, а также раннего выявления ВИЧ-инфекции.

2.3. Организует обеспечение антиретровирусными и (или) противотуберкулезными препаратами пациентов, проживающих в пансионате, не имеющих собственных препаратов (согласно индивидуальным заявкам).

Заключительные положения.

1. Соглашение вступает в силу с момента его подписания и действует бессрочно.

2. В Соглашение могут вноситься изменения и дополнения, что оформляется дополнительными соглашениями, подписанными Сторонами.

3. Настоящее Соглашение подписано в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу.

Подписи сторон:

ГАУ «Тагильский пансионат»

Заведующая филиала
ГБУЗ Свердловской области
«Свердловский областной центр
по профилактике и борьбы со
СПИД» филиал г.Н.Тагила

Н.Н. Пушкарёв



О.Н. Каргаполова



**Информированное согласие на проведение добровольного обследования
на антитела к ВИЧ**

ВИЧ передается только тремя путями:

- при сексуальных контактах без презерватива;
- через кровь при употреблении наркотиков;
- от инфицированной ВИЧ матери к ребенку во время беременности, родов и при грудном вскармливании.

Заражение ВИЧ не происходит: при рукопожатии, пользовании общей посудой, предметами быта, бассейном, туалетом, совместном приеме пищи.

С какой целью проводится обследование на антитела к ВИЧ. Своевременное установление диагноза ВИЧ-инфекции позволяет вовремя начать необходимое лечение и предотвратить передачу ВИЧ близким людям.

Человек с положительным результатом обследования направляется к врачу-инфекционисту для установления окончательного диагноза ВИЧ-инфекции и назначения лечения.

Медицинская помощь при ВИЧ-инфекции бесплатная.

С вопросами можно обратиться в филиал областного центра СПИДа г.Н.Тагила (тел. 8 (3435) 34-12-27) или к врачу-инфекционисту по месту жительства по адресу: г. Нижний Тагил, ул. Джамбула, 45

Если Вы согласны на проведение конфиденциального обследования на антитела к ВИЧ, Вы должны указать здесь Ваши данные:

Я _____, _____ года
рождения _____
(ФИО)

настоящим подтверждаю, что на основании предоставленной мне информации, свободно и без принуждения, принял решение пройти тестирование на антитела к ВИЧ.

Я подтверждаю, что мне разъяснено, почему важно пройти тестирование на ВИЧ, как проводится тест и какие последствия может иметь тестирование на ВИЧ.

Контактный телефон _____ Подпись _____

Дата _____

**Информированное согласие на передачу персональных данных при обнаружении
антител к ВИЧ методом экспресс диагностики**

У Вас при обследовании экспресс-тестом обнаружены антитела к ВИЧ.

Информируем Вас, что:

- 1) Обнаружение антител к ВИЧ является признаком наличия ВИЧ-инфекции.
- 2) Для подтверждения диагноза необходимо повторное обследование классическим методом в лечебном учреждении.
- 3) ВИЧ-позитивные граждане Российской Федерации обладают на ее территории всеми правами и свободами в соответствии с Конституцией.
- 4) В России организовано бесплатное лечение ВИЧ-инфекции для всех нуждающихся.
- 5) Со всеми вопросами, связанными с ВИЧ-инфекцией можно обратиться в филиал областного центра СПИДа г.Н.Тагила (г. Нижний Тагил, ул.Джамбула, 45).

Я _____
(фамилия, имя, отчество)

_____ года рождения,
настоящим подтверждаю, что получил информацию о выявлении у меня антител к
ВИЧ методом экспресс диагностики и о необходимости дальнейшего обследования.

подпись

дата

С целью организации дальнейшего обследования и назначения необходимого
лечения

Я, _____
(фамилия, имя, отчество полностью)

в соответствии с требованиями закона Российской Федерации от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О
персональных данных» даю согласие на передачу моих персональных данных (ФИО, дата
рождения, адрес регистрации) и данных о моем движении из изолятора временного
содержания специалистам областного центра СПИДа.

Настоящее согласие, данное мной _____ (дата), и действует бессрочно.

Подпись _____

Индивидуальная заявка на получение АРВП для проведения лечения ВИЧ-инфекции.

№	ПИД	Эпид.№ или Ф.И.О	Препарат МНН (или торговое)	Форма выпуска	Требуемое кол-во

Ф.И.О., (лица ответственного за оформление заявки), должность, подпись

Личная печать и подпись _____

Дата выдачи