



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

П Р И К А З

25 03 2020

Донецк

№ 586

Об утверждении формы бланка Информированного добровольного согласия на пребывание в режиме самоизоляции на дому

С целью обеспечения исполнения требований подпункта 4.2 пункта 4 Указа Главы Донецкой Народной Республики от 14.03.2020 № 57 «О введении режима повышенной готовности», с целью предупреждения массового распространения инфекции, вызванной коронавирусом SARS-CoV-2, на территории Донецкой Народной Республики, а также организации обеспечения своевременного и качественного оказания медицинской помощи населению Донецкой Народной Республики, руководствуясь подпунктами 2.1.2 пункта 2.1 раздела II, пунктом 3.5 раздела III, пунктом 4.2 раздела IV Положения о Министерстве здравоохранения Донецкой Народной Республики в новой редакции, утвержденного Постановлением Правительства Донецкой Народной Республики от 17.02.2020 № 6-5,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить форму бланка Информированного добровольного согласия на пребывание в режиме самоизоляции на дому (прилагается).

2. Сектору информационно-технического обеспечения и связи Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики обеспечить размещение настоящего приказа на официальном сайте Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя Министра здравоохранения Донецкой Народной Республики Левченко А.А.

4. Настоящий приказ вступает в силу с момента его подписания.

Министр

О.Н. Долгошапко

УТВЕРЖДЕНО

приказом Министерства
здравоохранения Донецкой
Народной Республики
«25» 03 2020 г. № 586

**Информированное добровольное согласие
на пребывание в режиме самоизоляции на дому**

Лицо (или законный представитель лица) способно осознавать характер своих деяний, может управлять ими, способен понимать возможные последствия

« ____ » ____ 20 ____ г.

Подпись медицинского работника _____

Я, _____

(фамилия, имя, отчество – полностью)

_____	года рождения, проживающий (ая) по адресу: _____
_____	контактный номер телефона: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста установленного совершеннолетия, или недееспособных граждан:

Я, _____

паспорт: _____, выдан _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

_____ (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

_____ (наименование и реквизиты (при наличии) документа, подтверждающего полномочия законного представителя)

поставлен (поставлена) в известность, что в соответствии с требованиями подпункта 4.2 пункта 4 (пункта 5) Указа Главы Донецкой Народной Республики от 14.03.2020 № 57 «О введении режима повышенной готовности» я (представляемый) обязуюсь неукоснительно соблюдать режим самоизоляции на дому.

1. Мне даны полные и всесторонние разъяснения о том, что соблюдение режима самоизоляции на дому означает неукоснительное выполнение всех нижеизложенных правил поведения сроком на 14 дней от момента пересечения Государственной границы Донецкой Народной Республики (для лиц, прибывающих из государств (территорий), где зарегистрированы случаи COVID-19) или от момента последнего контакта с лицом с COVID-19 (подозрением на COVID-19):

1.1. Находиться в изолированном помещении с полным исключением контактов с другими лицами (за исключением контактов посредством видео/аудио, интернет связи).

1.2. По приезду обязуюсь сообщить оператору «горячей линии» Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики по противодействию распространения коронавирусной инфекции (062) 303-27-72 и 277 (для звонков с мобильных номеров «Феникс»), а также врачу участковой службы по месту жительства (дистанционно, по телефону) о факте своего приезда.

1.3. При отсутствии возможности выполнить требования подпункта 1.1 пункта 1:

1.3.1. Находиться в хорошо проветриваемой отдельной комнате.

1.3.2. Исключить использование в помещении пребывания кондиционеров комнатного типа (сплит-систем).

1.3.3. Спать на отдельной кровати, пользоваться отдельной посудой, индивидуальными средствами гигиены, бельем и полотенцем.

1.3.4. Использовать средства индивидуальной защиты и дезинфицирующие средства (маска, спиртовые салфетки).

1.3.5. Ограничить перемещения и свести к минимуму пребывание в одном помещении с другими лицами, проживающими совместно со мной в данном помещении.

1.3.6. Обеспечить хорошее проветривание помещений общего пользования (например, кухня, ванная комната).

1.3.7. Не приближаться ближе, чем на 1,5-2 метра, к другим лицам, проживающим в данном помещении.

1.3.8. Стараться полностью исключить контакт с лицами, страдающими хроническими заболеваниями, иммунодефицитом.

1.4. Не покидать пределы территории изолированного помещения пребывания на весь период режима самоизоляции.

1.5. Стараться предпринимать меры по исключению нахождения домашних животных в помещении пребывания на весь период режима самоизоляции.

1.6. Стараться привлекать для приобретения продуктов/предметов первой необходимости, выноса мусора, отправки/получения почты и др.) иных лиц, при этом, исключая физический контакт с такими лицами (использовать безналичный расчет, доставляемые продукты/предметы, деньги оставляются у входа в квартиру изолируемого).

1.7. Бытовой мусор, образующийся в месте изоляции, упаковывать в двойные прочные полиэтиленовые мусорные пакеты, плотно закрывать и выставлять за пределы квартиры, по предварительному звонку иным лицам, которые будут его утилизировать (выносить).

1.8. Соблюдать режим проветривания, правила гигиены (мыть руки водой с мылом или обрабатывать кожными антисептиками (когда соприкасаюсь с поверхностями, перед приемом пищи, перед контактом со слизистыми оболочками глаз, рта, носа, после посещения туалета и др.)), регулярно проводить влажную уборку с применением средств бытовой химии с моющим или моюще-дезинфицирующим эффектом.

1.9. Часто стирать всю свою одежду и постельные принадлежности (отдельно), по возможности не встряхивать перед погружением в стиральную машинку.

1.10. При кашле и чихании прикрывать рот и нос одноразовой салфеткой, после этого сразу же выбросить салфетку в полиэтиленовый пакет, а затем в закрытый мусорный бак. Вымыть руки с мылом.

1.11. Наблюдать за состоянием своего здоровья в течение всего периода самоизоляции, при изменении (ухудшении) состояния здоровья (повышение t тела выше $37,2^{\circ}\text{C}$, появление сухого кашля, боли в горле, одышки) не заниматься самолечением, а незамедлительно информировать об изменении (ухудшении) состояния своего здоровья врача по месту жительства, используя стационарный или мобильный телефон (или оператора «горячей линии» Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики по противодействию распространения коронавирусной инфекции (062) 303-27-72 и 277 (для звонков с мобильных номеров «Феникс»)). При нарастании ухудшения состояния здоровья немедленно вызвать службу скорой (экстренной) медицинской помощи по номеру телефона «103».

1.12. Ежедневно в _____ течение всего периода самоизоляции информировать

медицинского работника _____

(Ф.И.О.)

(наименование учреждения здравоохранения)

по телефону _____ о температуре своего тела и состоянии своего здоровья.

2. Мне даны полные и всесторонние разъяснения о том, что режим самоизоляции на дому прекращается через 14 дней при условии отсутствия признаков COVID-19 и после получения от работника учреждения здравоохранения разрешения на прекращение режима самоизоляции на дому.

3. Я осознаю, что я (представляемый) имею право покидать место самоизоляции без каких-либо разрешений в следующих случаях:

- при возникновении чрезвычайной ситуации (при вызове сотрудников спецслужб, обязуюсь указывать свой статус «самоизоляция по COVID-19»);

- в случае возникновения угрозы жизни или здоровью (соматические заболевания и др.) (при вызове сотрудников службы экстренной (скорой) медицинской помощи, обязуемся указывать свой статус «самоизоляция по COVID-19»).

4. Я ознакомлен (ознакомлена) со всеми вышеизложенными пунктами настоящего документа и обязуюсь их соблюдать.

5. Я предупрежден (предупреждена) и осознаю, что несоблюдение с моей стороны (со стороны представляемого) положений вышеизложенных пунктов, может отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья (здоровья представляемого), а также привести к массовому заражению населения инфекцией, вызванной коронавирусом SARS-CoV-2.

6. Я _____ даю согласие на использование и обработку моих персональных данных учреждением здравоохранения _____, а также Министерством здравоохранения Донецкой Народной Республики в целях предупреждения распространения инфекции, вызванной коронавирусом SARS-CoV-2, в том числе данных о состоянии моего (представляемого) здоровья, установленных мне (представляемому) диагнозов, назначенном лечении и течении заболевания.

7. Я _____ соглашаюсь с использованием и обработкой моих (представляемого) персональных данных при условии соблюдения требований действующего законодательства по их защите.

« _____ » _____ 20 _____ года

Подпись гражданина/законного представителя

Расписался в моем присутствии:
Медицинский
работник

_____ (Ф.И.О., должность, наименование учреждения здравоохранения)

_____ (подпись)

Директор
Департамента организации
оказания медицинской помощи

Н.Г. Подольская