***დანართი #2***

**პაციენტის ინფორმირებული თანხმობის ფორმა**

მე, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ვადასტურებ, რომ ინფორმირებული ვარ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (სამედიცინო დაწესებულების დასახელება) მიერ **C** ჰეპატიტის სკრინინგსა და მკურნალობასთან დაკავშირებით.

ასევე, მაქვს უფლება, უარი განვაცხადო C ჰეპატიტის შემდგომ დიაგნოსტიკაზე ნებისმიერ დოს.

ჩემთვის ცნობილია, რომ ლაბორანტის მიერ აღებული სისხლის ნიმუში გაიგზავნება სსიპ - ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში (შემდგომში-ცენტრი) შემდგომი დიაგნოსტიკისთვის.

თანახმა ვარ, კვლევის პასუხი მივიღოცენტრიდან ანსსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს ჯანდაცვის პროგრამების დეპარტამენტის C ჰეპატიტის სამმართველოდან.

აღებული ნიმუშების ნარჩენი ოდენობა შესაძლოა მომავალში გამოყენებული იქნას საზოგადოებრივი ჯანდაცვისთვის მნიშვნელოვან დაავადებებზე კვლევის მიზნით, ისე რომ ჩემი ვინაობა არავისთვის იქნება ცნობილი.

ზემოაღნიშნულის გათვალისწინებით, ვაცხადებ თანხმობას, რომ ცენტრის უფლებამოსილთანამშრომელს მიეცეს ჩემს პერსონალურ ინფორმაციასთან წვდომის უფლება.

**მონაწილის / მონაწილის მშობლის / მეურვის ხელმოწერა**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (სახელი/გვარი)

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2018 წელი

(რიცხვი) (თვე)