

Consentement libre et éclairé à une intervention médicale

Je, soussigné, _____

Nom, prénom et patronyme, numéro de passeport, service émetteur, dates de validité

Adresse de résidence : _____

donne mon consentement libre et éclairé à une intervention médicale parmi celles qui sont définies et pour lesquelles les citoyens donnent leur consentement libre et éclairé, et dont la Liste a été approuvée par l'arrêté du ministère de la Santé et du Développement social de la Fédération de Russie du 23 avril 2012 n° 390N (enregistré par le ministère de la Justice de la Fédération de Russie le 5 mai 2012 N24082) (ci-après la « Liste ») pour me fournir un service médical : prélèvement en vue de la détection de l'ARN du coronavirus SARS-COV2 dans le cadre des services de soins de santé primaires par la société « Laboratoire indépendant INVITRO » et l'agence fédérale Rospotrebnadzor. Il m'a été expliqué par le personnel médical de façon compréhensible les objectifs, les méthodes de soins médicaux, les risques associés, les options possibles d'interventions médicales, leurs conséquences, y compris la probabilité de complications, ainsi que les résultats escomptés des soins médicaux. Il m'a été expliqué que j'avais le droit de refuser un ou plusieurs types d'interventions médicales figurant sur la Liste, ou d'exiger qu'il y soit mis fin, sauf dans les cas prévus à l'article 20, partie 9, de la Loi fédérale du 21 novembre 2011 n° 323-FZ « Sur les fondements de la protection de la santé publique dans la Fédération de Russie ».

Informations sur les personnes que j'ai choisies et à qui, conformément au paragraphe 5 de la partie 3 de l'article 19 de la Loi fédérale du 21 novembre 2011 n° 323-FZ « Sur les fondements de la protection de la santé des citoyens en Fédération de Russie », les informations sur mon état de santé peuvent être transmises :

(Nom, prénom, patronyme du citoyen choisi, numéro de téléphone, biffer si aucune personne n'est sélectionnée)

(signature)

(Nom, prénom, patronyme du travailleur médical)

CONSENTEMENT au traitement des données personnelles

Conformément aux normes établies par la Loi fédérale du 27.07. 2006 n° 152-FZ « Sur les données personnelles », afin de bénéficier de services médicaux, je confirme mon consentement au traitement par l'organisme « Centre fédéral d'hygiène et d'épidémiologie » de l'agence fédérale Rospotrebnadzor (INN 7726008570, adresse : 117105, Moscou, 19A, Varchavskoïé chosse) et le « Laboratoire indépendant INVITRO » (INN 7710294238, USRLE 1037739468381, adresse : 125047, Moscou, 16, oulitsa 4^e Tverskaïa-Yamskaïa, bât. 3, niveau 3, local I, salle 3) (ci-après dénommé l'« Opérateur ») de mes données à caractère personnel, à savoir : nom, prénom, patronyme, année, mois, date et lieu de naissance, sexe, citoyenneté, lieu de résidence, y compris les informations relatives à mon lieu de résidence permanente, ou à mon lieu de résidence, à mon lieu de travail, aux éléments de ma pièce d'identité (numéro, date de délivrance, nom et code de l'autorité de délivrance), de mes coordonnées des polices d'assurance maladie, numéro d'assurance du compte personnel individuel auprès du Fonds de pension de Russie (SNILS), informations sur les soins médicaux fournis, informations sur les mesures d'aide sociale, données sur mon état de santé, y compris protégées par secret médical, dans le cadre du **service médical apporté : prélèvements pour la détection de l'ARN du coronavirus SARS-COV2 dans le cadre des soins de santé primaires, éventuellement spécialisés**, assurer le respect des lois de la Fédération de Russie et d'autres actes juridiques réglementaires de la Fédération de Russie, notifier à la personne concernée les résultats de la recherche en utilisant le système d'information fédéral de l'État « Portail unifié des services de l'État et des municipalités » pour détecter la présence de l'agent causal de l'infection à coronavirus (COVID-19) et à l'organisateur du Forum à propos de la présence de cet agent causal.

J'accorde à l'Opérateur le droit d'effectuer toutes les actions ou opérations ou ensemble d'actions ou d'opérations concernant mes données personnelles au cours de leur traitement, telles que collecte, enregistrement, systématisation, accumulation, stockage, clarification ou mise à jour ou changement, extraction, utilisation, transfert (distribution, fourniture, accès), dépersonnalisation, blocage, suppression, destruction.

L'opérateur est en droit de traiter mes données à caractère personnel en les enregistrant dans des ressources d'information (bases de données électroniques, listes, registres, répertoires).

La période de conservation de mes données personnelles correspond à celle des dossiers médicaux.

Le transfert de mes données à caractère personnel à d'autres personnes ou toute autre divulgation de mes données à caractère personnel ne peut se faire qu'avec mon consentement écrit.

Je me réserve le droit de retirer mon consentement par écrit, cette décision doit être envoyée à l'Opérateur par courrier recommandé avec accusé de réception ou remise en mains propres contre signature à un représentant de l'Opérateur.

Le présent consentement est donné par moi et sera valable pendant 1 (un) an s'il ne fait pas l'objet d'un retrait par écrit.

DATE _____ 2023

(signature)

(nom, prénom, patronyme)