Разрешение №:      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Обследование №:      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Согласие на обследование молочных желез и шейки матки

|  |
| --- |
| **ОПИСАНИЕ ПРОГРАММЫ** |

**Breast and Cervical Health Program (BCCHP, Программа обследования молочных желез и шейки матки)** —это совместная инициатива врачей,Washington State Department of Health (DOH, Департамент здравоохранения штата Вашингтон) и Centers for Disease Control and Prevention (CDC, Центры контроля и профилактики заболеваний) с целью диагностики молочных желез и шейки матки на предмет наличия раковых клеток. Целью диагностики является определение рака на ранней стадии, чтобы предотвратить его развитие или облегчить лечение. Программа BCCHP предусматривает наличие препятствий на пути к диагностике рака, которая не покрывается медицинской страховкой. Программа BCCHP может помочь некоторым людям пройти диагностические тесты на определение рака груди и/или шейки матки, устраняя возможные препятствия на пути к диагностике рака независимо от страхового статуса пациента.

|  |
| --- |
| СОГЛАСИЕ НА РАЗГЛАШЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ |

Я даю согласие всем моим поставщикам медицинских и социальных услуг, клиникам, больницам, планам медицинской страховки и BCCHP на предоставление друг другу информации о моем медицинском обслуживании и препятствиях на пути к получению лечения и завершению диагностики рака. Я понимаю, что срок действия этой формы согласия истекает через 12 месяцев после даты ее подписания. Мне придется повторно дать согласие через 12 месяцев, чтобы продолжить пользоваться услугами по диагностике.

**Я понимаю, что любая информация, предоставленная BCCHP, останется конфиденциальной в максимальной степени, разрешенной законом.** Информация будет доступна мне, сотрудникам, которые предоставляют мне услуги, предусмотренные BCCHP, Health Care Authority (Управление по вопросам здравоохранения) в рамках Breast and Cervical Cancer Treatment Program (BCCTP, Программа лечения рака груди и шейки матки) при необходимости, а также Department of Health (источник финансирования BCCHP). Информация будет использоваться для достижения описанных выше целей программы BCCHP. В опубликованных отчетах о результатах исследования в рамках BCCHP не будут разглашаться имена клиентов.

Я понимаю, что обследование является добровольным и могу в любое время отказаться от диагностики и отозвать свое согласие на разглашение информации.

**Если я предоставляю ложную информацию, используемую для определения моего права на участие в программе, я понимаю, что несу ответственность за последствия.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Поставьте свою подпись | Дата |  | Свидетель:  Медицинское учреждение | Дата |
| Напишите свое имя печатными буквами |  |  | Переводчик (при наличии) | Дата |