###  ***Санкт-Петербургское Государственное бюджетное учреждение Здравоохранения***

### ***«Городская Мариинская больница***»

### **Отделение вспомогательных репродуктивных технологий**

### Адрес: 191 104 Санкт-Петербург, Литейный пр. дом 56,

[www.mariin.ru/ivf](http://www.mariin.ru/ivf) ; ivf@mariin.ru

**тел. 275-72-40, 920-25-48**

**Информированное добровольное согласие**

 **Анкета для допуска пациентов в отделение ВРТ**

**ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Вопросы** | **Да** | **Нет** |
| **1** | Были ли Вы в течение последних 14 дней с странах, в которых зарегистрированы случаи новой коронавирусной инфекции COVID-19?\* |  |  |
| **2** | Контактировали ли Вы с вернувшимися с территории, где зарегистрированы случаи новой коронавирусной инфекции COVID-19? |  |  |
| **3** | Известно ли Вам, есть ли у вернувшихся лиц, с которыми вы контактировали, признаки ОРВИ или COVID-19?(в случае положительного ответа на вопрос №2 Анкеты) |  |  |
| **4** | Вы работаете в больнице/доме престарелых или медицинском учреждении? |  |  |
| **5** | Вы были в контакте с кем-то, кто инфицирован SARS-CoV-2?\*\*Если да, когда именно?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| **6** | Вам ранее поставлен диагноз COVID?Если да, когда именно? |  |  |
| **7** | Живёте ли вы в семье с кем-то, у кого был поставлен диагноз COVID-19 или обнаружены симптомы COVID-19? |  |  |
| **8** | Если вы получили положительный результат на SARS-CoV-2,есть ли у вас медицинское заключение/справка о выздоровлении? |  |  |
| **9** | Имелись ли у Вас признаки ОРВИ в последние 14 дней или имеются сейчас:* повышение температуры
* «ломота» в мышцах,
* резь в глазах, слезотечение,
* сухой кашель, першение в горле
* потеря обоняния и/или вкуса?
 |  |  |
| **10** | Вы были в контакте с кем-то, у кого были какие-либо из вышеперечиленных симптомов?Если да,то когда?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| **11** | Имеются ли у Вас заболеваниями почек, печени, легких, эндокринные заболевания (диабет), сердечно-сосудистые заболевания (гипертония), иммунологические нарушения, СПИД?Если да, то какие?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |

**\*COVID-19-это заболевание, вызванное новой коронавирусной инфекцией.**

**\*\* SARS-Co-2-это вирус (коронавирус) ,который вызывает заболевание COVID-19**

**Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Дополнение к информированному добровольному согласию**

**на оказание медицинских услуг, в том числе вспомогательных репродуктивных технологий и искусственных инсеминаций в условиях эпидемического**

**распространения COVID-19.**

Мы (пациенты) информированы о том, что

* отсутствуют убедительные данные и масштабные, хорошо организованные исследования в отношении наличия вируса SARS-CoV-19 в сперме и рисках передачи инфекции половым путем; неблагоприятного воздействия на ооциты и эмбрионы, рисков для будущей беременности, плода и ребенка;
* в настоящее время, в связи с эпидемией COVID-19, криоконсервация пригодных для этого эмбрионов/ооцитов является оптимальной тактикой для завершения лечебного цикла;
* в случае возникновения COVID-19 во время беременности , риски будут определяться тяжестью течения заболевания, и в случае тяжелых форм может происходить преждевременное прерывание беременности (выкидыш, преждевременные роды), а также гибель плода;
* препараты, применяемые при лечении COVID-19, могут быть причиной преждевременного прерывание беременности и /или пороков развития у ребенка;
* имеющиеся на сегодняшний день тесты диагностики не могут свидетельствовать со 100% точностью об отсутствии инфицирования/заболевания в момент проведения исследования.
* В случае подозрения на инфицирование SARS-CoV-2 или заболевания COVID-19 лечение будет приостановлено на любом этапе.

**Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**