



ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
(СПбГУ)

## П Р И К А З

24.04.2019

№ 4244/1

Об утверждении формы информированного добровольного согласия на забор, исследование и хранение образцов биологического материала

В целях использования при заключении договоров о передаче образцов биологического материала при выполнении научно-исследовательских проектов

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить форму информированного добровольного согласия на забор, исследование и хранение образцов биологического материала (Приложение).
2. За разъяснением содержания данного Приказа следует обращаться посредством сервиса «Виртуальная приемная» на сайте СПбГУ к проректору по научной работе.
3. Предложения по изменению и/или дополнению настоящего Приказа направлять по адресу [org@spbu.ru](mailto:org@spbu.ru).
4. Начальнику Управления СПбГУ по связям с общественностью Т.Т.Зайнуллину опубликовать на сайте СПбГУ настоящий Приказ в течение одного рабочего дня с момента его издания.
5. Контроль исполнения настоящего Приказа оставляю за собой.

Проректор по научной работе

С.В. Микушев

### Информированное добровольное согласие на забор, исследование и хранение образцов биологического материала

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ.

Я, \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения,  
(Ф.И.О. пациента)

проживающий(-ая) по адресу: \_\_\_\_\_,  
(фактический адрес проживания пациента)

даю согласие на забор у меня образцов биологического материала:

<input type="checkbox"/>	периферическая кровь	<input type="checkbox"/>	мокрота	<input type="checkbox"/>	буккальный эпителий
<input type="checkbox"/>	капиллярная кровь	<input type="checkbox"/>	спинномозговая жидкость	<input type="checkbox"/>	ворсины хориона
<input type="checkbox"/>	моча	<input type="checkbox"/>	мазок из цервикального канала	<input type="checkbox"/>	ворсины плацента
<input type="checkbox"/>	кал	<input type="checkbox"/>	мазок из заднего свода влагалища	<input type="checkbox"/>	пуповинная кровь
<input type="checkbox"/>	волосы	<input type="checkbox"/>	мазок из уретры	<input type="checkbox"/>	плацента
<input type="checkbox"/>	др.				

с целью последующего исследования и хранения в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования "Санкт-Петербургский государственный университет" (далее - СПбГУ), с возможностью передачи образцов третьим лицам в рамках научно-исследовательских проектов. Образцы будут использованы при проведении научных исследований только на территории Российской Федерации. Все исследования проводятся с соблюдением действующего законодательства Российской Федерации.

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О.)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы, задачи исследования.

Мне разъяснено, что я имею право в любой момент отказаться от исследования и хранения образцов биологического материала, а также хранения моих персональных данных, и мой отказ не понесет никаких негативных последствий для меня.

Я предоставляю СПбГУ право на обработку моих персональных данных, использование результатов исследований в научно-практических целях, публикацию данных исследований в научных журналах с соблюдением принципов конфиденциальности. Я предупрежден, что с целью защиты персональных данных все исследования и хранение образцов биологического материала в СПбГУ, будут проводиться в зашифрованном виде. Я предоставляю СПбГУ право хранить биологический материал бессрочно.

Я информирован о том, что данная процедура не является услугой по проведению клинического анализа и результаты исследования не могут быть использованы и не пригодны для использования в медицинских целях.

Мне была предоставлена возможность задать любые вопросы о проводимых исследованиях и хранении образцов. Ответы на поставленные вопросы мною получены в понятной для меня форме. На данный момент у меня нет вопросов по исследованию и хранению моих образцов биологического материала.

Медицинский работник разъяснил мне, что медицинские вмешательства могут вызвать развитие неприятных ощущений, побочных эффектов и осложнений, что

может быть связано как с исходным состоянием организма непосредственно перед медицинским вмешательством, так и с неадекватной реакцией организма на производимые медицинские вмешательства.

**Я полностью понимаю суть изложенного выше текста, не имею претензий к медицинскому работнику относительно доступности и объема предоставленной мне информации и я добровольно соглашаюсь на забор образцов биологического материала, их исследование и хранение в СПбГУ, и возможность передачи образцов третьим лицам в рамках научно-практического сотрудничества. Настоящее информированное согласие подписано в двух экземплярах.**

**Пациент:**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О., разборчиво)

**Контактный телефон пациента:** \_\_\_\_\_

**Дата подписания согласия пациентом:** « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

**Медицинский работник:** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О., разборчиво)

**Контактный телефон медицинского работника:** \_\_\_\_\_