

**Қан мен оның компоненттерін донациялау алдында донордың тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде міндетті медициналық зерттеп-қараудан өту қағидаларын бекіту туралы**

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 16 қыркүйектегі № ҚР ДСМ-102/2020 бұйрығы. Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде 2020 жылғы 17 қыркүйекте № 21216 болып тіркелді.

      "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасының 2020 жылғы 7 шілдедегі Кодексі 207-бабының 1-тармағына сәйкес БҰЙЫРАМЫН:

      1. Қоса беріліп отырған Қан мен оның компоненттерін донациялау алдында донордың тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде міндетті медициналық зерттеп-қараудан өту қағидалары бекітілсін.

      2. "Қан мен оның компоненттерін донациялау алдында донорды медициналық зерттеп-қарау қағидаларын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2019 жылғы 10 қыркүйектегі № ҚР ДСМ-125 бұйрығының күші жойылды деп танылсын (Нормативтік құқықтық актілерін мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 19366 болып тіркелген, Қазақстан Республикасының нормативтік құқықтық актілерінің эталондық бақылау банкіде 2019 жылғы 16 қыркүйекте электрондық түрде жарияланған).

      3. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлiгінің Медициналық көмекті ұйымдастыру департаменті Қазақстан Республикасының заңнамасында белгіленген тәртіппен:

      1) осы бұйрықты Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркеуді;

      2) осы бұйрықты Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің интернет-ресурсына орналастыруды;

      3) осы бұйрықты Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркегеннен кейін он жұмыс күні ішінде Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Заң департаментіне осы тармақтың 1) және 2) тармақшаларында көзделген іс-шаралардың орындалуы туралы мәліметті ұсынуды қамтамасыз етсін.

      3. Осы бұйрықтың орындалуын бақылау Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау вице-министрі А. Ғиниятқа жүктелсін.

      4. Осы бұйрық алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі.

|  |  |
| --- | --- |
| *Қазақстан Республикасы*  *Денсаулық сақтау министрі* | *А. Цой* |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрі 2020 жылғы 16 қыркүйегі № ҚР ДСМ-102/2020 бұйрығымен бекітілген |

**Қан мен оның компоненттерін донациялау алдында донордың тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде міндетті медициналық зерттеп-қараудан өту қағидалары**

**1-тарау. Жалпы ережелер**

      1. Осы Қан мен оның компоненттерін донациялау алдында донордың тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде міндетті медициналық зерттеп-қараудан өту қағидалары (бұдан әрі – Қағидалар) "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасының 2020 жылғы 7 шілдедегі Кодексі (бұдан әрі – Кодекс) 207-бабының 1-тармағына сәйкес әзірленді және Қан мен оның компоненттерін донациялау алдында донордың тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі (бұдан әрі – ТМККК) шеңберінде міндетті медициналық зерттеп-қараудан өту тәртібін айқындайды.

      2. Қан қызметі ұйымдарында медициналық мақсаттар үшін қан мен оның компоненттерін донациялаудың мынадай түрлері жүзеге асырылады: жаңа алынған қан, плазма, қан жасушалары, аралас.

**2-тарау. Қан мен оның компоненттерін донациялау алдында донордың ТМККК шеңберінде міндетті медициналық зерттеп-қараудан өту тәртібі**

      3. Донор қан мен оның компоненттерін донациялау алдында ТМККК шеңберінде мынадай кезеңдерді қамтитын міндетті медициналық тексеруден өтеді:

      1) донорды қабылдау және есепке алу;

      2) донорды медициналық зерттеп-қарау.

      4. Қан қызметі ұйымдарында қан мен оның компоненттерінің донорын қабылдау, есепке алу, медициналық зерттеп-қарау медициналық мақсаттар үшін қан мен оның компоненттерін донациялауды жүзеге асыруға ерікті түрде ниет білдірген он сегіз жасқа толған адам өтініш білдірген кезде Кодекстің 206-бабының 1-тармағына сәйкес жүзеге асырылады.

      5. Қан мен оның компоненттерін донациялаудың жиілігі мен реті бойынша донорлар мынадай санаттарға бөлінеді:

      алғашқы – қан мен оның компоненттерін өмірінде бірінші рет донациялауды жүзеге асыратын адам;

      қайталама – бұрын қан мен оның компоненттерін донациялауды жүзеге асырған адам;

      тұрақты – соңғы 12 айдың ішінде 3 және одан да көп рет қан және (немесе) оның компоненттерін донациялауды жүзеге асыратын адам.

      6. Донорларды қабылдау "Жеке басты куәландыратын құжаттар туралы" Қазақстан Республикасының Заңына сәйкес жеке басын куәландыратын құжаттардың не цифрлық құжаттар сервисінен электрондық құжаттардың немесе мерзiмдi қызмет әскери қызметшiлерi үшін әскери есепке алу құжаттарының негізінде жүзеге асырылады.

      Ескерту. 6-тармақ жаңа редакцияда – ҚР Денсаулық сақтау министрінің 07.12.2021 № ҚР ДСМ-125 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

      7. Қан мен оның компоненттерін донациялау алдында қан мен оның компоненттерінің донорлығына жатпайтын адамдардың электрондық дерекқорында есепке алынғанға тексеру жүргізіледі.

      Қан мен оның компоненттерінің донорлығына қарсы айғақтар болмаған кезде донордың медициналық картасының паспорттық бөлімі толтырылады. Донордың медициналық картасында ақпаратты тексеру туралы белгі қойылады.

      8. Қан мен оның компоненттері донорлығына жатпайтын адамдар туралы электрондық дерекқор адамның иммунтапшылығы вирусы/жүре пайда болған иммунтапшылығы синдромы (АИТВ) профилактикасы саласында қызметін жүзеге асыратын денсаулық сақтау ұйымдары (бұдан әрі – АИТВ профилактикасы ұйымдары), туберкулезге қарсы ауруханалар (диспансерлер), наркологиялық ауруханалар (диспансерлер, медициналық-әлеуметтік оңтайландыру орталықтары), тері-венерологиялық ауруханалар (диспансерлер), психиатриялық ауруханалар (диспансерлер) жіберетін мәліметтердің негізінде, сондай-ақ қан қызметі ұйымдарына жүгінген адамды трансфузиялық инфекцияларға зерттеп-қарау нәтижелері бойынша қалыптастырылады.

      Қан қызметі ұйымдарын республика бойынша АИТВ жұқтырған адамдар туралы, кейіннен жаңадан анықталған адамдар туралы ақпаратты жаңарта отырып, қамтамасыз етуді облыстардың, республикалық маңызы бар қалалардың және астананың АИТВ профилактикасы ұйымдары жүзеге асырады.

      Иммундық плазманың әлеуетті донорлары болып табылатын пациенттер-реконвалесценттер, оның ішінде COVID-19 шалдыққан пациент-реконвалесценттер туралы ақпаратты медициналық ұйымдар иммундық плазманы дайындауды ұйымдастырудың мүмкіндігі үшін қызмет көрсету өңірі бойынша қан қызметі ұйымының сұранымымен береді.

      9. Қан мен оның компоненттерін әрбір донациялау алдында донорды донациялауға рұқсат беруге кедергі келтіретін қосымша мәліметтерді анықтау мәніне сауалнама жүргізіледі.

      Сауалнаманы донор өз бетінше немесе медициналық тіркеушінің қатысуымен осы Қағидаларға қосымшаға сәйкес нысан бойынша толтырады.

      Иммундық плазма донорлары инфекциялық қоздырғышқа қарсы ерекше антиденелері бар болған кезде донациялауға тартылады.

      10. Қан мен оның компоненттерін әрбір донациялау алдында әлеуетті донордың қанына мыналарды қамтитын алдын ала зертханалық зерттеу жүргізіледі:

      гемоглобинді анықтау (барлық санаттағы донорларға);

      аланинаминотрансферазаның (бұдан әрі – АЛТ) белсенділігін анықтау (барлық санаттағы донорларға);

      тромбоцит донорының тромбоцитінің көлемін анықтау, қан компоненттерін донациялау алдында қан айналымының уақытын автоматтық сепараторларда анықтау;

      иммундық плазма донорларында ерекше антиденелердің, оның ішінде анти -COVID-19 антиденелерінің бар-жоғын анықтау.

      11. Донациялаудан кейін өндірістік бақылау кезінде АЛТ, ерекше иммундық антиденелер титрін зерттеу, донациялау алдында диагностика жүргізу мүмкіндігі болмаған жағдайда өткізіледі.

      Зерттеу нәтижелері қан компоненттерін іріктеу кезінде ескеріледі

      12. Егер донордың қан тобы белгіленбеген және нәтиже автоматтандырылған ақпараттық жүйеде тіркелмеген болса, донациялау алдында АВО жүйесі бойынша қан тобын, резус тиістілігін және Кеll жүйесінің К антигенін анықтау жүргізіледі.

      13. Зертханалық зерттеулер Қазақстан Республикасының аумағында тіркелген әдістермен, оның ішінде Кодекстің 10-бабының 7-тармағына сәйкес дәрілік заттар және медициналық бұйымдар айналымы саласындағы мемлекеттік орган тіркеген жабдықтарда құрғақ химия әдістермен орындалады.

      14. Тұрақты донорлар қосымша зерттеп-каралады. Жылына кемінде 1 рет перифериялық қанның құрамына (гемоглобин (гематокрит), эритроциттер, лейкоциттер, тромбоциттер, эритроциттердің шөгу жылдамдығы, лейкоциттік формула) зерттеу жүргізіледі, 40 жастан асқан адамдарға электрокардиографиялық зерттеу тағайындалады.

      15. Қан мен оның компоненттерін донациялау алдында донор қысқаша түрде мынадай мәселелер бойынша ауызша ақпараттандырылады:

      қан мен оның компоненттерін донациялау рәсімі, сондай-ақ науқастарды емдеу үшін қан компоненттерін пайдаланудың қажеттілігі туралы;

      қан мен оның компонеттерін донациялауға байланысты болжамды уақытша жағымсыз реакциялар туралы;

      донациялаудан рәсімге дейін немесе рәсім кезінде бас тарту құқығы, және бұл ретте донор үшін жағымсыз салдардың жоқтығы туралы;

      қан мен оның компоненттерін донациялаудан кейін 24 сағаттың ішінде жеңіл режимді сақтаудың қажеттілігі: физикалық және психоэмоционалдық ауыртпалықтарды шектеу, қызметтің қауіпті түрлерінен аулақ болу туралы;

      жеке мәліметтердің құпиялылығына кепілдік беру және зерттеп-қарау нәтижелері туралы ақпарат алу құқығы туралы;

      қан мен оның компоненттері арқылы берілетін (АИТВ, парентералдық берілу механизмімен вирустық гепатиттер) инфекциялар туралы;

      донорлық қанды зертханалық зерттеп-қарау мақсаттары туралы, анамнездің нақты деректерін алудың маңыздылығы және қан мен оның компонеттерін донациялауға ерікті ақпараттандырылған келісімінің мәні туралы;

      гемотрансмиссивтік инфекциялардың маркерлері анықталған жағдайда қабылданатын шаралар: донорлықтан шеттету, дайындалған қан мен оның компоненттерін жою, бұл ақпаратты тиісті денсаулық сақтау ұйымдарына міндетті түрде беру туралы.

      16. Донор донорлық функцияны жүзеге асырғаннан кейін Кодекстің 208-бабының 1-тармағына сәйкес орташа жалақысы сақтала отырып, жұмыстан босатылады.

      17. Жазбаша өтініш білдірудің негізінде донорға жүзеге асырған донацияның түрі және көлемі туралы бірінші басшының қолы қойылған қан қызметі ұйымының бланкісінде рәсімделген архивтік анықтама беріледі.

      18. Қан қызметі ұйымдарында донорлық құқықтарды қалпына келтіру немесе қан мен оның компоненттерінің донорлығынан мерзімсіз шеттету мүмкіндігі туралы мәселені шешу үшін зерттеу нәтижелерін алу мақсатында бұрын гемотрансмиссивті инфекциялардың маркерлеріне зерттеудің белгісіз немесе оң нәтижелері болған адамдарды, сондай-ақ оның компоненттерінің қан донорлары үшін көзделген басқа да зертханалық зерттеулерді кейіннен донациялаусыз донорға зертханалық тексеру жүргізіледі.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Қан мен оның компоненттерін донациялау алдында донордың ТМККК шеңберінде міндетті медициналық зерттеп-қараудан өту қағидаларына  қосымша |
|  | Нысан |

      Донорлық қанды қажет ететін пациенттерге көмектесуге ниет білдіргеніңіз үшін алғысымызды білдіреміз!

      Сізге қойылған сұрақтарға ("иә" немесе "жоқ" деп жауап беру) шынайы жауап беруіңізді өтінеміз, мархабат. Осы сұрақтарға шынайы жауаптарыңыз Сіздің донор ретіндегі қауіпсіздігіңізді және қаныңыз құйылатын пациенттің қауіпсіздігін қамтамасыз ету үшін қажет.

      Донордың тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Тегіңізді ауыстырдыңыз ба? Егер "иә" деп жауап беретін болсаңыз, алдағы тегіңізді

      Көрсетіңіз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Туған күніңіз\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Жынысыңыз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      e-mail (донорлыққа қатысу үшін шақырту мақсатында ақпараттық хабарлама алуға

      берген келісіміңіз) болса \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Үй мекенжайыңыз: нақты тұрғылықты жеріңіз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Тіркелген мекенжайыңыз\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Үй телефоны\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Мобильдік телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Жұмыс телефоны\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Жұмыс/оқу орны\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Лауазымыңыз / Курс\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| р/с № | Сұрақтар | Жауап нұсқалары |
| Жалпы денсаулығыныңздың жай-күйін, эпидемиологиялық ортаны, айрықша еңбек жағдайды анықтауға арналған сұрақтар | | |
| 1. | Өзіңізді бүгін жақсы сезініп тұрсыз ба? | "ИӘ"/ "ЖОҚ"/ |
|  | Сіз жоғары немесе төмен артериялық қан қысымын үнемі/жиі/сирек сезінесіз бе? (қажетті сөздің астын сызыңыз) | "ИӘ"/ "ЖОҚ"/ |
| 2. | Бүгін түнде демалдыңыз ба? | "ИӘ"/ "ЖОҚ"/ |
| 3. | Соңғы уақытта мына аталғандардың бірін өзіңізден байқадыңыз ба: қызудың көтерілуі, салмақ жоғалту, естен тану(лар), түнгі терішендік, бас ауруы? (қажетті сөздің астын сызыңыз) | "ИӘ"/ "ЖОҚ"/ "Жауап беруге қиналамын" |
| 4. | Соңғы 14 күннің ішінде тісіңізді жұлдырдыңыз ба? | "ИӘ"/ "ЖОҚ"/ |
| 5. | Соңғы 48 сағат ішінде алкогольдік ішімдік іштіңіз бе? | "ИӘ"/ "ЖОҚ"/ |
| 6. | Соңғы айда дәрі-дәрімек іштіңіз бе немесе бір жылдың ішінде екпе алдыңыз ба? Егер "иә" деп жауап берсеңіз, қандай және немен байланысты екенін көрсетіңіз: | "ИӘ"/ "ЖОҚ"/ "Жауап беруге қиналамын" |
| 7. | Сіз соңғы 6 айда медициналық көмекке жүгіндіңіз бе? Егер "иә"деп жауап берсеңіз, немен байланысты екенін көрсетіңіз: | "ИӘ"/ "ЖОҚ"/ |
| 8. | Сізге соңғы 12 айда донорлық қан немесе оның компоненттері құйылды ма? Егер "иә"деп жауап берсеңіз, немен байланысты екенін көрсетіңіз: | "ИӘ"/ "ЖОҚ"/ |
| 9. | Сізге өмірде хирургиялық араласу, оның ішінде косметикалық операциялар немесе ағзаны алып тастау операциясы жүргізілді ме? | "ИӘ"/ "ЖОҚ"/ |
| 10. | Соңғы 4 айда мына аталғандардың бірі жүргізілді ме: венаға немесе бұлшықетке инъекция салу, инемен тесу, татуировка, пирсинг жасату? (қажетті сөздің астын сызыңыз) | "ИӘ"/ "ЖОҚ"/ |
| 11. | Өміріңізде безгек, туберкулез, бруцеллез, ревматизм, вирустық гепатитпен(тер) ауырдыңыз ба? | "ИӘ"/ "ЖОҚ"/ |
| 12. | ЖИТС және вирустық гепатиттер қалай берілетінін білесіз бе? | "ИӘ"/ "ЖОҚ"/ "Жауап бруге қиналамын" |
| 13. | Сіздің жұмысыңыз немесе әуестігіңіз күрделі немесе айрықша жұмыс жағдайына байланысты ма? Егер "иә" деп жауап берсеңіз, немен байланысты екенін көрсетіңіз: | "ИӘ"/ "ЖОҚ"/ "Жауап беруге қиналамын" |
| Бұрын ауырған немесе қазіргі аурулар туралы ақпаратты анықтауға арналған сұрақтар | | |
| 14. | Өміріңізде ішкі ағзалардың (мысалы, жүрек, өкпе, бүйрек, бауыр, нерв, жынытық жүйесі), күрделі аллергия, бронх демікпесі, туа біткен кемістіктер, (эпилептикалық) құрысу сияқты күрделі ауруларына шалдықтыңыз ба? (қажетті сөздің астын сызыңыз немесе тізімде болмаса қосыңыз) | "ИӘ"/ "ЖОҚ"/ |
| 15. | Созылмалы ауру бойынша дәрігерде диспансерлік есепте тұрсыз ба (мысалы, қант диабеті, ісіктер)? Егер "иә"деп жауап берсеңіз, қандай ауруларға байланысты екенін көрсетіңіз: | "ИӘ"/ "ЖОҚ"/ |
| 16. | Ауру бойынша мүгедек тобы бар ма? Егер "иә"деп жауап беретін болсаңыз, аурудың түрін көрсетіңіз: | "ИӘ"/ "ЖОҚ"/ |
| Қосымша ақпарат | | |
| 17. | Шетелде 4 айдан артық мерзім болдыңыз ба? Егер "иә"деп жауап берсеңіз, елдің атауы мен болған мерзімді көрсетіңіз: | "ИӘ"/ "ЖОҚ"/ |
| 18. | Бұрын-соңды донор ретінде қан тапсырдыңыз ба? Егер "иә"деп жауап берсеңіз, мерзімін көрсетіңіз: | "ИӘ"/ "ЖОҚ"/ |
| 19. | Әйелдер үшін қосымша: соңғы 6 айда жүктілік болды ма, сонымен қатар қазір бала емізесіз бе? (қажетті сөздің астын сызыңыз) | "ИӘ"/ "ЖОҚ"/ |
| Мінез-құлықтың қауіп-қатер факторларын анықтауға арналған сұрақтар (инфекция жұқтыру мүмкіндігі болған жағдайда) | | |
| Сауалнаманың осы тармағын толтырудың ерекшелігіне назар аударуыңызды өтінеміз: барлық сұрақтарды мұқият оқып шығыңыз және оң жақ бағанда бір ғана жауапты көрсетіңіз:  егер Сіз осы тармақтың бір немесе одан да көп сұраққа оң жауап бере алсаңыз, "ИӘ" деп белгілеңіз;  егер барлық сұрақтарға теріс жауап беретін болсаңыз, "ЖОҚ" деп белгілеңіз;  егер бір немесе бірнеше сұраққа жауап беруге қиналсаңыз "Жауап беруге қиналамын" деп белгілеңіз. | | |
| 20. | 1) Соңғы 12 айда бас бостандығынан айыру немесе алдын-ала қамау орындарында болдыңыз ба?  2) Сіз бұрын-сонды қандай да бір есірткі құралдарының инъекциясын медициналық тағайындаусыз салдыңыз ба?  3) Соңғы 12 айда АИТВ немесе вирустық гепатитті жұқтырған немесе вена арқылы есірткі заттарын қабылдайтын немесе сексуалдық сипаттағы қызмет үшін төлем ақы алатындармен сексуалдық қатынаста болдыңыз ба?  4) Сіз бұрын сексуалдық сипаттағы қызмет үшін төлемақы алдыңыз ба?  5) Сізде бұрын-сонды гомосексуалды (жыңысыңыз бір) партнер(лермен) жыныстық қатынастар болды ма?  6) Өміріңізде жыныстық жолмен берілетін ауруларға шалдықтыңыз ба?  7) Соңғы уақытта үйде, жақын айналада немесе жұмыста вирустық гепатитпен ауыратын адаммен қатынаста болдыңыз ба?  8) Жараға немесе шырышты қабатыңызға басқа адам қанының тамып кеткен жарақаттану жағдайлары орын алды ма? (мысалы, тесетін немесе кесетін құралмен шаншу) | "ИӘ"/ "ЖОҚ"/  "Жауап беруге қиналамын" |

      Мен:

      1) қанды және оның компоненттерін медициналық мақсатта пайдалану үшін ерікті, ешқандай мәжбүрлеусіз тапсыратынымды;

      2) мен, осы ақпараттың мен және қан мен оның компоненттерін құю үшін пайдаланған кезде пациент үшін маңызды екенін сезіне отырып, сауалнамадағы барлық сұрақтарға түсініп, шынайы жауап бергенімді;

      3) жалған мәліметтер берген жағдайда, Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес жауапқа тартылатыным ескертілгенін;

      4) менің дербес ақпаратымды қан және оның компоненттері донорларының электрондық дерекқорына енгізуге және оны автоматтандырылған ақпараттық жүйе арқылы өңдеуге рұқсат бергенімді растаймын.

      5) Маған:

      менің қаным (АИТВ, мерез, В және С гепатиттері) инфекциялары маркеріне тексерілетіні;

      осы инфекция маркерлеріне тестілеуде оң нәтижені алған жағдайда мәліметтер диагнозды нақтылау және ем туралы шешім қабылдау үшін тиісті медициналық ұйымдарға берілетіні ескертілді.

      6) Мен, донациялау алдында сауалнама жүргізу, сондай-ақ инфекциялар маркерлеріне зертханалық зерттеулер қанды және оның компоненттерін құюдың қауіпсіздігін қамтамасыз ету мақсатында ғана жүргізілетінін түсінемін.

      Донациялау кезінде алынған қанымның үлгісін иесіздендірілген нысанда ғылыми зерттеулер жүргізу үшін пайдалануға келісім беремін.

      Донордың қолы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дәрігердің қолы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Күні\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Мен, донорлыққа қатысу үшін шақыру мақсатындағы ақпараттық хабарламаны мобильдік байланыс және (немесе) электронды пошта арқылы алуға келісім беретінімді растаймын. Донордың қолы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

© 2012. Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінің «Қазақстан Республикасының Заңнама және құқықтық ақпарат институты» ШЖҚ РМК