ШТАТ НЬЮ-ЙОРК
УПРАВЛЕНИЕ ПО БОРЬБЕ С АЛКОГОЛИЗМОМ И НАРКОМАНИЕЙ

СОГЛАСИЕ НА РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ ОБ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

ПРИМЕЧАНИЕ: ЭТА ФОРМА СОГЛАСИЯ НЕ ОТНОСИТСЯ К РАСКРЫТИЮ СВЕДЕНИЙ, КАСАЮЩИХСЯ ВИЧ

ОТОЗВАНО_____Подпись сотрудника_____

ФАМИЛИЯ ПАЦИЕНТА ,	ИМЯ	СРЕД. ИНИЦИАЛ
№ ДЕЛА		
УЧРЕЖДЕНИЕ	ОТДЕЛ	

ИНСТРУКЦИИ: КОПИЮ ДАННОЙ ФОРМЫ СЛЕДУЕТ ПРЕДОСТАВИТЬ ПАЦИЕНТУ! Подготовьте одну (1) копию, которая будет приложена к карте пациента

Я уведомлен(а) о том, что в соответствии с санитарными нормами штата Нью-Йорк (10 NYCRR 2.10) об инфекционных заболеваниях следует сообщать в Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк в течение 24 часов после постановки диагноза. Я также уведомлен(а) о том, что в случае выявления у меня инфекционного заболевания медицинское учреждение не может сообщить о нем в Департамент здравоохранения без моего письменного согласия.

Поэтому для того, чтобы медицинское учреждение имело возможность выполнить требования, касающиеся сообщения об инфекционных заболеваниях, настоящим я даю согласие на то, чтобы вышеупомянутое медицинское учреждение проинформировало Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк о наличии у меня инфекционного заболевания в случае, если таковое заболевание будет у меня обнаружено.

Эта информация может быть раскрыта в объеме, ограниченном следующими сведениями: мое имя, адрес, диагноз, сведения о лицах, которые при общении со мной могли подвергнуться риску заболевания, источник заболевания (если он известен) и (пояснить) любое полученное лечение и любая соответствующая информация о лечении, проводимом в настоящее время.

Я понимаю, что могу отозвать настоящее согласие в любой момент, кроме случаев, когда на основании этого документа уже предприняты какие-либо действия, и что информация, предоставляемая Департаменту здравоохранения в соответствии с этим согласием, не подлежит дальнейшему раскрытию без моего дополнительного письменного разрешения. Я также знаю, что данное согласие будет действовать в течение шести (6) месяцев с даты моей выписки из вышеупомянутого медицинского учреждения. Я также понимаю, что любое раскрытие информации регулируется Титулом 42 Свода федеральных нормативных актов, устанавливающим принцип конфиденциальности медицинской информации пациентов, страдающих от алкогольной и наркотической зависимости, а также Законом о преемственности и подотчетности медицинского страхования 1996 г. (HIPAA) и Титулом 45 Свода федеральных нормативных актов, частями 160 и 164, и что дальнейшее раскрытие этой информации какой-либо стороне, отличной от указанных выше, запрещено, если на это нет дополнительного письменного разрешения с моей стороны.

_____ _____
(Подпись пациента) Дата

Требования о сообщении об инфекционных заболеваниях, установленные Департаментом здравоохранения штата Нью-Йорк

Амёбиаз	Гепатит В во время беременности	**КРАСНУХА,** включая синдром врожденной краснухи
УКУСЫ ЖИВОТНЫХ, при которых необходима профилактика бешенства	Герпесная инфекция новорожденных в возрасте 60 дней и	.
.	младше	Сальмонеллез
СИБИРСКАЯ ЯЗВА	Больничные инфекции (в соответствии с определением в	**Тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС)**
АРБОВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ	п. 2.2 10 NYCRR)	Инфекции, продуцирующие шигаподобный токсин
Бабезиоз	Грипп (только подтвержденный лабораторно)	Шигеллез
БОТУЛИЗМ	Легионеллез	**ОСПА**
БРУЦЕЛЛЕЗ	Листериоз	Золотистый стафилококк (вызванный штаммами, демонстрирующими
Кампилобациллярный энтерит	Болезнь Лайма	сниженную чувствительность или резистентность к
Шанкроид	Венерическая лимфогранулема	ванкомицину)
Инфекция, вызванная Chlamydia trachomatis	Малярия	**Отравление СТАФИЛОКОККОВЫМ ЭНТЕРОТОКСИНОМ В**
ХОЛЕРА	**КОРЬ**	Стрептококковые инфекции (см. примечание 4 ниже)
Криптоспоридиоз	**МЕЛИОДОЗ**	(инфекционное заболевание)
Циклоспориаз	Менингит	Бета-гемолитический стрептококк группы А
ДИФТЕРИЯ	Асептический или вирусный	Стрептококк группы В
Эрлихиоз	**ГЕМОФИЛЬНАЯ ПАЛОЧКА**	Пневмококк
Инфекция от бактерий E. coli O157:H7	**МЕНИНГОКОККОВЫЙ**	**СИФИЛИС**, укажите стадию
ЭНЦЕФАЛИТ	Прочее (указать тип)	Столбняк
ЗАБОЛЕВАНИЕ ПИЩЕВОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ	**МЕНИНГОКОККЕМИЯ**	Синдром токсического шока
Лямблиоз	**ОСПА ОБЕЗЬЯН**	Трансмиссивная губчатообразная энцефалопатия (Болезнь Кройцфельдта – Якоба)
САП	Эпидемический паротит	Трихинеллез
Гонококковая инфекция	Коклюш	**ТУБЕРКУЛЕЗ текущий (указать очаг)**
Палочка Haemophilus Influenzae (инфекционное заболевание)	**ЧУМА**	**ТУЛЯРЕМИЯ**
ХАНТАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ	**ПОЛИОМИЕЛИТ**	**БРЮШНОЙ ТИФ**
Гемолитический уремический синдром	Пситтакоз	Вибриоз
Гепатит А	**Ку-лихорадка**	**КОРОВЬЯ ОСПА**
ГЕПАТИТ А В СФЕРЕ ПИЩЕВОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ И ОБЩЕСТВЕННОГО ПИТАНИЯ	**БЕШЕНСТВО**	**ВИРУСНАЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА**
Гепатит В, С (указать, острый или хронический)	Пятнистая лихорадка Скалистых гор	Иерсиниоз

ОСОБЫЕ примечания

1. Заболевания, приведенные в списке **ПОЛУЖИРНЫМ ШРИФТОМ ПРОПИСНЫМИ буквами**, требуют оперативных действий, о них следует **незамедлительно** сообщить в местные отделы здравоохранения по телефону, после чего необходимо отправить конфиденциальный отчет по форме (DOH-389). В Нью-Йорке следует использовать форму отчета 395V.
2. В дополнение к перечисленным выше заболеваниям следует докладывать о любом необычном заболевании (определяемом как новое или быстро распространяющееся заболевание или синдром, причиной которого может быть возбудитель трансмиссивной инфекции или микробный токсин).
3. Вспышки: несмотря на то, что не требуется сообщать об отдельных случаях некоторых заболеваний (например, заболеваний стрептококковой инфекцией горла, педикулезом, импетиго, чесоткой и пневмонией), об очагах или вспышках любого инфекционного заболевания необходимо докладывать.
4. В случае стрептококковых инфекций и инфекции haemophilus influenzae следует докладывать только о культурах с наличием роста, обнаруженных на основе анализа крови, цереброспинальной жидкости, синовиальной жидкости или плеврального выпота. О культурах с наличием роста, обнаруженных на коже, в ранах, слюне, мокроте или в горле, сообщать не нужно.