

**СОГЛАСИЕ НА РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ
ОБ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

**ПРИМЕЧАНИЕ. ЭТО СОГЛАСИЕ НЕ ОТНОСИТСЯ
К РАСКРЫТИЮ ИНФОРМАЦИИ, СВЯЗАННОЙ С ВИЧ!**

| | | |
|------------------|-----------|----------|
| ФАМИЛИЯ ПАЦИЕНТА | ИМЯ | СР.ИНИЦ. |
| № КАРТЫ | | |
| УЧРЕЖДЕНИЕ | ОТДЕЛЕНИЕ | |

ИНСТРУКЦИИ: ВРУЧИТЕ КОПИЮ ЭТОЙ ФОРМЫ ПАЦИЕНТУ! Подготовьте одну (1) копию для медицинской карты пациента.

Мне известно, что необходимо сообщать об инфекционных заболеваниях в Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк (New York State Department of Health, NYSDOH) и/или в местный департамент здравоохранения в течение 24 часов после постановки диагноза, как определено в Санитарном кодексе штата Нью-Йорк (10 NYCRR 2.10). Мне также известно, что в случае выявления у меня инфекционного заболевания лечебное учреждение не имеет права сообщать это в Департамент здравоохранения и/или местный департамент здравоохранения без моего письменного согласия.

Поэтому, чтобы разрешить лечебному учреждению выполнить требования в отношении сообщения об инфекционных заболеваниях, я настоящим соглашаюсь на сообщение вышеуказанным лечебным учреждением в NYSDOH и/или в местный департамент здравоохранения информации о моем заражении инфекционным заболеванием в случае, если такое заболевание будет у меня диагностировано.

Объем раскрываемой информации должен быть ограничен следующими данными: мое имя и фамилия, мой адрес, мой диагноз, имена лиц, которых я мог(ла) подвергнуть опасности заражения, источник заболевания (если известен), а также (укажите) информация обо всем предоставленном лечении и вся уместная информация о текущем лечении.

Я понимаю, что я имею право отозвать данное согласие в любое время в той степени, в которой это не касается действий, уже осуществленных на его основании, и что информация, предоставленная в соответствии с данным согласием в NYSDOH и/или местный департамент здравоохранения, не может быть повторно раскрыта без моего дополнительного письменного согласия. Я также понимаю, что срок действия данного согласия истекает через 6 (шесть) месяцев после даты моей выписки из вышеуказанного лечебного учреждения. Я также понимаю, что любое раскрытие информации регулируется Документом 42 Свода федеральных постановлений (Code of Federal Regulations), регламентирующим конфиденциальность данных пациентов с алкогольной/наркотической зависимостью, а также законом Health Insurance Portability and Accountability Act от 1996 г. (HIPAA) 45 C.F.R. части 160 и 164, и что повторное раскрытие этой информации любой стороне, отличной от вышеуказанной, запрещено без моего дополнительного письменного разрешения.

Подпись пациента

Дата

ПРИМЕЧАНИЕ. К любым сведениям, передаваемым с этой формой, должна прилагаться форма «Запрет повторного раскрытия информации о пациенте с алкогольной/наркотической зависимостью» (TRS -1).

Требования к сообщению об инфекционных заболеваниях ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ШТАТА НЬЮ-ЙОРК

В соответствии с Санитарным кодексом штата Нью-Йорк (10NYCRR 2.10.2.14) сообщение информации об инфекционных заболеваниях является обязательным. Основная ответственность за сообщение такой информации возложена на врача; помимо этого, лаборатории (PHL 2102), школьные медицинские сестры (10NYCRR 2.12), руководители центров дневного ухода, центры долгосрочного ухода и больницы (10NYCRR 405.3d) и учреждения штата (10NYCRR 2.10a), а также другие учреждения по оказанию медицинских услуг (10NYCRR 2.12) обязаны сообщать о перечисленных ниже инфекционных заболеваниях.

| | | | | |
|--|--|---|---|--|
| Анаплазмоз | Криптоспоридиоз | Беременная женщина-переносчик гепатита В | <input checked="" type="checkbox"/> Оспа обезьян | <input checked="" type="checkbox"/> Отравление стафилококковым энтеротоксином ^{B2} |
| Амебиаз | Циклоспороз | Герпетическая инфекция у младенцев в возрасте 60 дней или младше | <input checked="" type="checkbox"/> Эпидемический паротит (свинка) | <input checked="" type="checkbox"/> Стрептококковая инфекция (инвазивное заболевание) ⁵ |
| <input checked="" type="checkbox"/> укусы животных, после которых предоставляется профилактическое лечение от бешенства ¹ | <input checked="" type="checkbox"/> Дифтерия | Инфекции, связанные с больницами (как определено в разделе 2.2 10NYCRR) | <input checked="" type="checkbox"/> Коклюш | <input checked="" type="checkbox"/> Бета-гемолитический Стрептококк группы А |
| <input checked="" type="checkbox"/> Антракс ² | <input checked="" type="checkbox"/> Заражение E. Coli O157:H7 ⁴ | Грипп, подтвержденный лабораторно | <input checked="" type="checkbox"/> Чума ² | <input checked="" type="checkbox"/> Стрептококк группы В |
| <input checked="" type="checkbox"/> Арбовирусная инфекция ³ | <input checked="" type="checkbox"/> Энцефалит | Легионеллез | <input checked="" type="checkbox"/> Полиомиелит | <input checked="" type="checkbox"/> Стрептококковая пневмония |
| Бабезиоз | <input checked="" type="checkbox"/> Пищевая инфекция | Лаймская болезнь | <input checked="" type="checkbox"/> Орнитоз | <input checked="" type="checkbox"/> Сифилис (указать стадию) ⁷ |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ботулизм ² | <input checked="" type="checkbox"/> Жиардиаз | Венерическая лимфогранулема | <input checked="" type="checkbox"/> Ку-лихорадка ² | <input checked="" type="checkbox"/> Тетанус |
| <input checked="" type="checkbox"/> Бруцеллез ² | <input checked="" type="checkbox"/> Кап ² | Малярия | <input checked="" type="checkbox"/> Гидрофобия | <input checked="" type="checkbox"/> Инфекционно-токсический шок |
| Кампилобактериоз | <input checked="" type="checkbox"/> Гонококковая инфекция | <input checked="" type="checkbox"/> Корь | <input checked="" type="checkbox"/> Гидрофобия | <input checked="" type="checkbox"/> Трансмиссивные губчатые энцефалопатии ⁸ (TSE) |
| Шанкرويد | <input checked="" type="checkbox"/> Гемофилический грипп ⁵ (инвазивная болезнь) | <input checked="" type="checkbox"/> Мелиоидоз ² | <input checked="" type="checkbox"/> Пятнистая лихорадка Скалистых гор | <input checked="" type="checkbox"/> Трихинеллез |
| Заражение хламидиями трахоматис | <input checked="" type="checkbox"/> Хантавирусная инфекция | <input checked="" type="checkbox"/> Менингит | <input checked="" type="checkbox"/> Краснуха | <input checked="" type="checkbox"/> Туберкулез, текущая болезнь (указать место) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Холера | <input checked="" type="checkbox"/> Гемолитико-уремический синдром | Асептический или вирусный | <input checked="" type="checkbox"/> Золотистый стафилококк ⁶ (вследствие штаммов с пониженной чувствительностью или резистентностью к ванкомицину) | <input checked="" type="checkbox"/> Туляремия ² |
| <input checked="" type="checkbox"/> Коронавирус (тяжелый или новый) | <input checked="" type="checkbox"/> Гепатит А | <input checked="" type="checkbox"/> Гемофильный | | <input checked="" type="checkbox"/> Тиф |
| Новый коронавирус 2019 (COVID-19) | <input checked="" type="checkbox"/> Гепатит А у работника общественного питания | <input checked="" type="checkbox"/> Менингококковый | | <input checked="" type="checkbox"/> Коровья оспа ⁹ |
| Тяжелый острый респираторный синдром (SARS) | <input checked="" type="checkbox"/> Гепатит В (указать: острый или хронический) | <input checked="" type="checkbox"/> Другой (указать тип) | | <input checked="" type="checkbox"/> Вибриоз ⁶ |
| Ближневосточный респираторный синдром (SARS) | <input checked="" type="checkbox"/> Гепатит С (указать: острый или хронический) | <input checked="" type="checkbox"/> Менингококкемия | | <input checked="" type="checkbox"/> Вирусная геморрагическая лихорадка ² |
| | | | | <input checked="" type="checkbox"/> Иерсиниоз |

ШТАТ НЬЮ-ЙОРК
УПРАВЛЕНИЕ ПО ОБСЛУЖИВАНИЮ И ПОДДЕРЖКЕ ЛИЦ С ЗАВИСИМОСТЬЮ

КТО ОБЯЗАН СООБЩАТЬ О ЗАБОЛЕВАНИЯХ?

Лечащие врачи, медицинские сестры, директора лабораторий, специалисты эпидемиологического контроля, медицинские учреждения, учреждения штата, школы.

КУДА СЛЕДУЕТ СООБЩАТЬ О ЗАБОЛЕВАНИЯХ?

Сообщайте о заболевании в департамент здравоохранения по месту жительства пациента.

Контактное лицо _____

Имя и фамилия _____

Адрес _____

Телефон _____ Факс _____

КОГДА СЛЕДУЕТ СООБЩАТЬ О ЗАБОЛЕВАНИЯХ?

В течение 24 часов после постановки диагноза:

- О заболеваниях, выделенных полужирным шрифтом, сообщайте по телефону,
- Для всех остальных заболеваний отправляйте по почте отчет о клиническом случае (DON-389).
- В городе Нью-Йорке используйте форму PD-16.

ОСОБЫЕ ПРИМЕЧАНИЯ

- Заболевания, выделенные **полужирным шрифтом**, требуют немедленных действий, и о них следует сообщать **немедленно** в местные департаменты здравоохранения по указанным телефонам и отправлять форму конфиденциального сообщения о заболевании (DON-389). В городе Нью-Йорке используйте форму PD-16.
- Помимо вышеуказанных заболеваний, необходимо сообщать о любом необычном заболевании (определяется как «новое выявленное или появившееся заболевание или синдром, которое может быть вызвано трансмиссивным инфекционным агентом или микробным токсином»).
- Вспышки заболеваний: хотя не требуется сообщать об отдельных случаях некоторых заболеваний (к ним относятся, например, стрептококковая инфекция горла, головная вошь, импетиго, чесотка и пневмония), необходимо сообщать о каждом компактном проявлении или вспышке любого инфекционного заболевания.
- Для сообщения о заражении ВИЧ, заболеваниях, связанных с ВИЧ, и СПИД необходимо использовать форму DON-4189, которую можно получить по адресу:

Division of Epidemiology, Evaluation and Research
P.O. Box 2073, ESP Station
Albany, NY 12220-2073
(518) 474-4284

В городе Нью-Йорке: New York City Department of Health and Mental Hygiene
Для сообщений о ВИЧ/СПИД звоните по телефону:
(212) 442-3388

1. Перед началом профилактического лечения от бешенства необходимо уведомить об этом местный департамент здравоохранения.
2. Заболевания, которые могут свидетельствовать о биотерроризме.
3. Включая, в частности, инфекции, вызванные вирусом восточного лошадиного энцефаломиелита, вирусом западного лошадиного энцефаломиелита, вирусом лихорадки Западного Нила, вирусом энцефалита Сент-Луис, вирусом Ла Кросс, вирусом Повассан, вирусом Джеймстаун-Каньон, лихорадки денге и желтой лихорадки.
4. О положительных результатах теста на шига-токсин необходимо сообщать как о предварительном признаке заболевания.
5. Сообщайте только о результатах с положительной культурой в крови, спинномозговой, синовиальной, перитонеальной или плевральной жидкости. Не сообщайте о результатах с положительной культурой в пробах кожи, слюны, мокроты или мазка из горла.
6. Предлагаемое добавление в список.
7. Обо всех результатах на тестах антитрепонемные тела $\geq 1:16$ или любых положительных результатах дородовых или родовых анализов (независимо от титра или первичной или вторичной стадии заболевания) необходимо сообщать по телефону; обо всех других результатах можно сообщать по почте.
8. Включая болезнь Крейтцфельда-Якоба. Обо всех случаях после появления подозрения на заболевание необходимо сообщать напрямую в Реестр болезни Альцгеймера и других деменций (Alzheimer's Disease and Other Dementias Registry) Департамента здравоохранения штата Нью-Йорк по телефону (518) 473-7817. В городе Нью-Йорке о таких случаях также необходимо сообщать в NYCDOHMH.
9. Лица, заразившиеся коревой оспой вследствие контакта, и лица со следующими осложнениями после прививки: вакцинальная экзема, большая многоформная эритема или синдром Стивенса-Джонсона, фетальная вакцинация, генерализованная вакцинация, случайное заражение, глазная вакцинация, постпрививочный энцефалит или энцефаломиелит, прогрессирующая вакцинация, гнойная инфекция места инфекции и любые другие серьезные последствия.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Чтобы получить дополнительную информацию о сообщении о заболеваниях, позвоните в местный департамент здравоохранения или в Бюро по контролю инфекционных заболеваний (Bureau of Communicable Disease Control) Департамента здравоохранения штата Нью-Йорк по телефону (518) 473-4439 или (866) 881-2809 (в нерабочее время).

В городе Нью-Йорке звоните по телефону 1 (866) NYC-DON1.
Для получения форм сообщения о заболеваниях (DON-389) звоните по телефону (518) 474-0548.