

# НАПРАВЛЕНИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ БЕСПЛАТНОГО ЛАБОРАТОРНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ «ДИАГНОСТИКА ЗСОНМ ИЛИ ГМГ»

**Внимание!** Образцы без полного комплекта документов исследованию не подлежат. Все образцы и документы отправляются только через курьера. Все поля данного направления обязательны к заполнению. Пишите, пожалуйста, всю информацию разборчиво.

**Необходимые документы:** данное направление, информированное согласие от пациента или законного представителя, **письмо в службу безопасности аэропортов**.

ФИО пациента	
Дата рождения пациента	
Регион проживания пациента	
Направляющее учреждение	
ФИО врача	
Телефон врача	
е-mail врача (разборчиво) для получения результата (Заключения)	

Оставьте пометку, на скрининг какого заболевания направляется пациент?

☒

Заболевания спектра оптиконевромиелита

☐

Генерализованная миастения гравис

☐

Для включения в программу обязательно:

- **Возраст от 18 лет включительно;**
- **Отсутствие клинических проявлений рассеянного склероза;**
- **Наличие не менее 1**  
из нижеперечисленных **обязательных критериев**.

Пожалуйста, поставьте галочку напротив каждого признака у пациента (имеющегося, не имеющегося или под вопросом):

Для включения в программу обязателен установленный клинический диагноз Генерализованная миастения гравис.

Пожалуйста, укажите дату постановки диагноза:

	Да	Нет	Неизв.
Оптический неврит	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Острый миелит	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Синдром поражения area postrema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Остро возникший стволовой синдром	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Симптоматическая нарколепсия или острый дизэнцефальный синдром	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Симптоматический церебральный синдром с наличием в головном мозге очагов, типичных для ЗСОНМ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Другое:

При возникновении вопросов связывайтесь с операторами горячей линии проекта по номеру:

**8-800-200-71-00**  
с 04:00 до 18:00 по Мск по рабочим дням

# СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ И ПЕРЕДАЧУ БИОЛОГИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА

информация о субъекте персональных данных

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия) (имя) (отчество) (дата рождения)

(основной документ, удостоверяющий личность)

(номер основного документа, удостоверяющего личность)

(сведения о дате выдачи указанного документа)

(сведения о выдавшем указанный документ органе)

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

(адрес)

## информация о представителе субъекта персональных данных

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия) (имя) (отчество) (дата рождения)

(основной документ, удостоверяющий личность)

(номер основного документа, удостоверяющего личность)

(сведения о дате выдачи указанного документа)

(сведения о выдавшем указанный документ органе)

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

(адрес)

на основании: \_\_\_\_\_

(наименование и реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя)

## предоставляю свои персональные данные (персональные данные представляемого субъекта):

– фамилия, имя, отчество, дата и место рождения; пол; гражданство; данные документа, удостоверяющего личность; адрес и дата регистрации по месту жительства (месту пребывания), фактический адрес места жительства; контактные телефоны и адреса электронной почты;

## предоставляю персональные данные, относящиеся к специальной категории персональных данных (персональных данных представляемого субъекта):

– анамнез; диагноз; виды оказанной медицинской помощи; проведение лекарственной и иной терапии; результаты лабораторных и инструментальных исследований; сведения об организациях и специалистах, оказавших медицинские услуги, номер полиса ОМС;

Даю согласие на обработку персональных данных свободно, своей волей и в своем интересе (в интересе представляемого) Оператору:

- АО «Астон Консалтинг» находящемуся по адресу: 115184, г. Москва, ул. Малая Ордынка, 39, стр. 1, эт. 4 пом. I ком. 2 (ОГРН 1057746447197, ИНН 7706572517), с использованием средств автоматизации или без использования таких средств,

**Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие:** сбор, запись, систематизация, накопление и хранение; уточнение (обновление и изменение); извлечение и использование; обезличивание, блокирование, удаление и уничтожение, любым способом, не противоречащим законодательству Российской Федерации, в том числе в информационных системах персональных данных.

**В целях:** реализации проекта диагностики нейрооптикомиелита и генерализованной миастении Грависа, включающего организацию проведения лабораторных исследований, формирование и анализ статистических данных. **На срок:** до даты отзыва субъектом персональных данных данного согласия. Даю согласие на передачу всех вышеуказанных персональных данных следующим третьим лицам для проведения лабораторных исследований: ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России, 197022, Санкт-Петербург, ул. Л.Толстого, 6-8 ФГБНУ НЦН, 125367, Волоколамское шоссе, д. 80. Даю согласие на передачу всех вышеуказанных персональных данных следующему третьему лицу для обеспечения технических мер защиты персональных данных, на срок до даты отзыва субъектом персональных данных данного согласия: **ООО «ДатаФорт» (ИНН: 7713606615), зарегистрированное по адресу: 127434, г. Москва, Дмитровское шоссе, д. 9Б.**

Также принимаю решение о передаче на исследование Оператору и лицам, проводящим лабораторные исследования и в связи с этим обрабатывающим данные по договору с Оператором, следующих видов биологических материалов: сухие пятна крови, цельная кровь, (далее – биологический материал), для проведения научных и лабораторных исследований.

Перечень действий с биологическим материалом, переданным для вышеуказанных целей: проведение лабораторных исследований.

Даю согласие на предоставление Оператором компании ООО «АстраЗенека Фармасьютикалз» статистических данных, основанных в том числе на данных, полученных от меня, в форме статистического отчета без возможности определения (прямого или косвенного) их принадлежности какому-либо определенному или определяемому лицу, то есть без возможности идентификации меня как субъекта таких данных.

Я подтверждаю, что предоставленные мною персональные данные являются полными, актуальными и достоверными и согласен с тем, что настоящее согласие является конкретным, информированным и сознательным. Я обязуюсь своевременно извещать об изменении предоставленных персональных данных.

**Я ДАЮ СОГЛАСИЕ / НЕ ДАЮ СОГЛАСИЕ** (ненужное зачеркнуть) Оператору и лицам, проводящим лабораторные исследования на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи путем пересылки мне e-mail-сообщений: на пересылку информации о результатах лабораторных исследований и др. через незащищенные каналы связи (электронная почта), для чего собственноручно пишу адрес(а) электронной почты, на который разрешаю высылать данные сведения:

E-mail: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ @aston-health.com

Согласие вступает в действие со дня его подписания. Согласие может быть отозвано в любое время на основании моего письменного заявления. В случае отзыва настоящего согласия до окончания срока его действия, я предупрежден о возможных последствиях прекращения обработки моих персональных данных. В том случае, если вместе с моими персональными данными предоставляется иная информация, которая не является персональными данными, но обладателем которой, по смыслу Федерального закона Российской Федерации от 27.07.2006 г. № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» я являюсь, данное согласие полностью распространяется и на такую информацию.

Защита и реализация субъектом своих прав и законных интересов осуществляется в соответствии с требованиями Федерального закона №152 от 27 июля 2006 г. «О персональных данных».

## ПОРЯДОК ОТЗЫВА СОГЛАСИЯ

Отзыв согласия подается в письменном виде лицом, указанным в согласии на обработку персональных данных, лично. Отзыв должен содержать:

- номер основного документа, удостоверяющего личность субъекта персональных данных;
- сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе;
- собственноручную подпись субъекта персональных данных;
- сведения о согласии на обработку персональных данных (дата и адрес, по которому давалось согласие).

При подаче лицом, осуществляющим прием такого отзыва, производится удостоверение личности подающего такой отзыв. Отзыв согласия осуществляется по адресу: 115184, г. Москва, ул. Малая Ордынка, д. 39, стр. 1. В случае отзыва субъектом согласия на обработку своих персональных данных, прекращение обработки и уничтожение персональных данных будет произведено в течение 30 дней после получения отзыва, при отсутствии такой возможности, в срок, не превышающий 6 месяцев после получения отзыва (в случаях если законом не разрешена обработка данных в отсутствие согласия субъекта).

«\_\_\_\_\_» 20\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_

(личная подпись)

(инициалы, фамилия)