

**UAB MEDICINA PRACTICA LABORATORIJA
PACIENTŲ SUTIKIMAS DĖL ASMENS DUOMENŲ TVARKYMO,
KRAUJO PAĖMIMO IR TYRIMŲ ATLIKIMO**

_____ / _____
(miestas)

_____ (data)

Aš, _____, pasirašydamas (-a) šį dokumentą, patvirtinu, kad
(vardas, pavardė)

1. **esu informuotas (-a)** kad UAB Medicina practica laboratorija, juridinio asmens kodas 300887021, korespondencijos adresas adresas Laisvės pr. 78B, Vilnius, Lietuva, tel. nr. +370 620 82629, el. paštas info@medicinapractica.lt (toliau – Įmonė) tvarkys **mano asmens duomenis** šio sutikimo pagrindu žemiau nurodytais tikslais:

1.1. pacientų išankstinio registravimo tyrimui tikslu tvarkytų šiuos mano asmens duomenis: vardas, pavardė, el. pašto adresas, mobilaus telefono numeris.

1.2. asmens sveikatos priežiūros paslaugų kliento (paciento) identifikavimo tikslu tvarkytų šiuos mano asmens duomenis: vardas, pavardė, asmens kodas, gimimo data, amžius.

1.3. užsakomų asmens sveikatos priežiūros paslaugų suteikimo (laboratorinių tyrimų) tikslu tvarkytų šiuos mano asmens duomenis: užsakomos sveikatos paslaugos – laboratoriniai tyrimai, kiti asmens duomenys, numatyti teisės aktuose, diagnozės, klinikinė informacija.

1.4. atliktų laboratorinių tyrimų rezultatų perdavimo tikslu tvarkytų šiuos mano asmens duomenis: el. pašto adresas, mobiliojo telefono numeris.

2. **esu informuotas (-a)**, kad Įmonė yra paskyrusi duomenų apsaugos pareigūną, kuris nurodytas Įmonės interneto svetainėje <https://medicinapractica.lt/privatumo-politika/>.

3. **esu informuotas (-a) ir sutinku**, kad Įmonė šio sutikimo 1.1-1.4 punktuose nurodytais tikslais laboratorinių tyrimų atlikimui surinktus asmens duomenis esant poreikiui **perduotų duomenų gavėjams**. Šiame sutikime pateikti asmens duomenys gali būti teikiami medicinos laboratorinių tyrimų paslaugas teikiančioms laboratorijoms, valstybinėms institucijoms, vykdančioms užkrečiamųjų ligų profilaktiką ir kontrolę, įstaigoms, kurios pagal Lietuvos Respublikos galiojančius teisės aktus turi pareigą ir teisę gauti su šiuo sutikimu susijusius asmens duomenis. Apie duomenų gavėjus informacija pateikiama kreipiantis el. paštu info@medicinapractica.lt

4. **esu informuotas (-a)**, kad mano asmens duomenys bus **saugomi**:

4.1 Šio sutikimo 1.1 tikslu asmens duomenys saugomi 3 mėn. nuo duomenų gavimo arba paskutinio apsilankymo/aktyvumo.

4.2 Šio sutikimo 1.2 - 1.4 tikslais duomenys saugomi ne trumpiau nei LR teisės aktuose nustatytas terminas.

5. **esu informuotas (-a)**, kad teisės aktų nustatyta tvarka **turiu teisę**:

5.1 žinoti (būti informuotas (-a)) apie savo asmens duomenų tvarkymą;

5.2 susipažinti su savo asmens duomenimis ir kaip jie yra tvarkomi;

5.3 reikalauti ištaisyti savo asmens duomenis,

5.4 reikalauti ištrinti asmens duomenis;

5.5 apriboti asmens duomenų tvarkymą;

5.6 į duomenų perkeliamumą;

5.7 nesutikti, kad būtų tvarkomi mano asmens duomenys;

5.8 pateikti skundą Valstybinei duomenų apsaugos inspekcijai interneto svetainėje nurodytais kontaktais www.vdai.lrv.lt.

6. taip pat **esu informuotas (-a)**, kad bet kuriuo metu **turiu teisę atšaukti** šį sutikimą tvarkyti savo asmens duomenis apie tai pranešęs el. paštu info@medicinapractica.lt.

7. Aš,

(vardas, pavardė)

SUTINKU: **NESUTINKU:** , kad UAB Medicina practica laboratorija tvarkytų mano asmens duomenis asmens sveikatos priežiūros paslaugų kliento (paciento) identifikavimo, užsakomų asmens sveikatos priežiūros paslaugų suteikimo (laboratorinių tyrimų atlikimo) ir užsakomų laboratorinių tyrimų rezultatų pateikimo tikslu (*atitinkamai pažymėti aukščiau, žymėjimo pavyzdys*).

8. **Esu supažindintas (-a)** su UAB Medicina practica laboratorija įmonės teikiamomis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis ir galiojančiais paslaugų į kainiais, įmonės vidaus tvarkos taisyklėmis, įmonėje dirbančiais specialistais ir jų kvalifikacija ir **sutinku naudotis** įmonės teikiamomis paslaugomis. **Žinau, kad privalau** medicinos personalui, kuris atlieka man mėginio paėmimo procedūrą, pasakyti apie savo sveikatą, vartotus ir vartojamus vaistus, alergines reakcijas ir kitus man žinomus duomenis, reikalingus tinkamai suteikti sveikatos priežiūros paslaugas.

9. **Kraujo paėmimo procedūros esmė, pobūdis, tikslas.** Kraujo paėmimo procedūra taikoma pacientams, atlikti kraujo tyrimus profilaktiškai, diagnozei nustatyti ar ją patikslinti. Gali būti atliekama veninio ar kapiliarinio kraujo paėmimo procedūra atsižvelgiant į paciento bendrą būklę, paskirtų tyrimų apimtį ir kt.

Kraujo procedūros metu vena užspaudžiama tampa, numatoma dūrio vieta dezinfekuojama spiritine servetėle. Vena punktuojama adata arba plona adata su adapteriu, prijungiamas kraujo vakuuminis mėgintuvėlis. Jei reikia imti keletą kraujo mėginių, naudojami keli vakuuminiai mėgintuvėliai. Paėmus kraują iš venos, adata ištraukiama, dūrio vieta užspaudžiama dezinfekcine servetėle.

Žinomos ir dažnai pasitaikančios komplikacijos: nedidelis skausmas dūrio vietoje, kraujosruva dėl venos sienelės pažeidimo, kraujavimas iš dūrio vietos, ypač vartojant kraujo krešėjimą reguliuojančius medikamentus.

Retai pasitaikančios komplikacijos: pūlinės komplikacijos. Jei įvyko ši komplikacija, nedelsdami kreipkitės į savo šeimos gydytoją dėl tolimesnio gydymo.

Galimos komplikacijos šiam konkrečiam pacientui, įvertinus jo būklę: _____

Rekomendacijos po kraujo paėmimo procedūros: būtina užspausti dūrio vietą steriliu arba dezinfekciniu tirpalu sudrėkintu tamponu 10 – 15 min. Jei sutrikęs kraujo krešėjimas ar vartojate krešėjimą reguliuojančius vaistus, būtina apie tai informuoti procedūrą atliekantį asmenį. Rekomenduojame po procedūros nesportuoti ir nedirbti fizinio darbo.

10. **Esu supažindintas (-a)** apie numatomos atlikti procedūros esmę, pobūdį, tikslus, apie žinomas ir galimas komplikacijas, kitas svarbias aplinkybes, kurios gali turėti įtakos mano apsisprendimui sutikti ar atsisakyti procedūros bei apie galimas pasekmes, jei procedūra nebūtų atlikta.

11. Aš,

_____ /
(vardas, pavardė)

perskaičiau šį sutikimo su procedūra tekstą. Aš supratau man pateiktą informaciją raštu, paaiškinimus žodžiu ir sutinku, kad man būtų atlikta ši procedūra. Suprantu, kad neįmanoma numatyti visų galimybių ir galimų nesėkmių, nes medicinos mokslas ir praktika nėra absoliučiai tobuli, o kiekvieno žmogaus reakcija į atliktą procedūrą yra individuali.

Pasirašydamas (-a) šį dokumentą, sutinku, kad man būtų atlikta intervencinė procedūra ir prašau atlikti laboratorinius tyrimus.

_____ /
(vardas, pavardė, parašas)

12. Informacija apie mano sveikatos būklę, diagnozę, tyrimų duomenis ir gydymą, taip pat kita asmeninio pobūdžio informacija apie mane **gali būti teikiama šiems asmenims:**

_____ /
(asmens (-ų) vardas (-ai), pavardė (-s), telefonas (-ai))