Публикация фотографий пациента возможна, только если авторы подтвердят ее/его (или законного представителя) согласие на это (*Пример*: «От пациента или его законного представителя получено добровольное письменное информированное согласие на публикацию его изображений в медицинском журнале, включая его электронную версию (дата подписания ДД.ММ.ГГГГ)»). Исключением являются только те изображения, которые обезличены и не содержат описания, раскрывающего личность пациента.

При отсутствии подписанного согласия на публикацию фотографий пациента подтвердите (отметив это в тексте рукописи), что были предприняты все возможные действия для его получения (*Пример*: «От пациента и его законного представителя не получено письменного информированного согласия на публикацию его изображений в медицинском журнале по (*указать*) причине).

|  |
| --- |
| **ФОРМА ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ**  **на опубликование фотографий пациента в медицинском (научно-практическом) журнале** |
| Пациент: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *ФИО полностью*  Врач: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *ФИО полностью*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *должность, место работы*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *контактная информация*  Предмет рукописи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Предмет фотографии: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *ФИО пациента или его законного представителя*  предоставляю свое письменное информированное согласие на осуществление фотосъемки *меня* или *моего опекуна, законным представителем которого я являюсь* (нужное подчеркнуть). Я осознаю, что фотографии могут быть использованы в образовательных целях или публикациях медицинских книг или статей, как указано мной ниже. Давая согласие на использование фотографий, я понимаю, что не получу за них плату от какой-либо из сторон. Я осведомлен(а), что мой отказ от предоставления согласия на использование фотографий не повлияет на качество медицинских услуг, которые мне будут предоставлены.  Я могу отозвать свое согласие в любое время до опубликования фотографий. Вместе с тем я понимаю, что после того, как фотографии будут переданы на опубликование («поступят в печать»), отозвать согласие будет невозможно.  Подписывая данную форму, я подтверждаю, что положения данного согласия были мне четко и доступно разъяснены.  Я даю письменное информированное согласие на использование моих изображений в образовательных целях или для публикации в медицинских книгах или журналах (включая их  электронные версии). Я понимаю, что мои изображения помимо научного и медицинского  сообщества могут быть доступны широкой общественности, включая средства массовой информации. Несмотря на то, что изображения не будут сопровождаться моими персональными данными (мои ФИО, номер истории болезни или иные идентификаторы, прямо указывающие на меня), и журнал примет все меры для обеспечения моей анонимности, я осознаю возможность того, что кто-либо может узнать меня.  Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Фамилия И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □ Отметьте, если пациент является несовершеннолетним или недееспособным  Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |