#  Ukrainian-language version

**До:** Державна установа «Центр громадського здоров’я Міністерства охорони здоров’я України» відділ управління та протидії ВІЛ-інфекції (email: stop.hiv@phc.org.ua)

## Від:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ПІБ особи, яка звертається; число, місяць та рік народження)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

серія та номер внутрішнього паспорту громадянина України, ким виданий, дата видачі

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

країна тимчасового перебування та назва клініки де зараз отримується медична допомога

## Заява щодо надання інформації про стан здоров›я та лікування

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_який (прізвище, ім’я, по батькові особи, яка звертається)

(яка) перебував (-ла) під медичним наглядом в Україні у Закладі охорони здоров’я

(вказати найменування закладу охорони здоров’я в Україні, де особа перебувала під медичним наглядом; та, якщо можливо, номер амбулаторної картки; індивідуальний номер в МІС ВІЛ)

повідомляю, що у зв’язку з військовою агресією Російської Федерації проти України та зміною місця мого постійного проживання, шляхом вимушеного переміщення за межі державного кордону України, з метою подальшої можливості отримання лікування ВІЛ-інфекції за місцем мого тимчасового перебування, прошу сприяти наданню мені інформації від мого лікуючого лікаря або закладу охорони здоров’я, де я перебував (-ла) під медичним наглядом, щодо:

* підтверджувальних досліджень на наявність серологічних маркерів ВІЛ;
* клінічного діагнозу ВІЛ-інфекції та дати його встановлення;
* поточної схеми АРТ та дати її призначення;
* історії АРТ, динаміки кількості CD4 та рівня ВН ВІЛ (за можливості);
* останніх результатів обстеження на СD4, ВН ВІЛ, досліджень антиретровірусної резистентності (за наявності).

У разі неможливості надати запитувану інформацію, прошу сприяти наданню будь-якої наявної інформації, що стосується мого лікування ВІЛ-інфекції. Інформацію щодо стану мого здоров’я та лікування прошу надіслати на:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (будь ласка, вкажіть електронну адресу (email), на яку буде надіслано медичну інформацію)

Підписуючи цю заяву, я надаю однозначну усвідомлену згоду Державній установі «Центр громадського здоров’я Міністерства охорони здоров’я України», включаючи медичних працівників відділу управління та протидії ВІЛ-інфекції, на доступ, обробку, розкриття та передачу конфіденційної інформації про мене, у розумінні статті 39 Основ законодавства України про охорону здоров’я та статті 13 Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ», що, зокрема, пов’язано з моїм подальшим лікуванням.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ПІБ особи, що підписала заяву підпис число, місяць, рік

#  English-language version

**To:** public institution Public Health Centre of the Ministry of Health of Ukraine, HIV Management and Counteraction Department

(email: stop.hiv@phc.org.ua)

## From:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (name of the person applying; date, month and year of birth)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(series and number of the Ukrainian national passport, authority which issued the passport, date of issue)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (country of temporary stay; name of the clinic where medical care is received now)

## Statement on the provision of information on health and treatment

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(last name, first name, patronymic of the person applying)

who was under medical supervision in Ukraine in a medical facility

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(indicate the name of the health-care institution in Ukraine where the person received medical care; and if available ambulatory card number; personal number in Medical Information System for HIV)

inform you that because of the military aggression of the Russian Federation against Ukraine and the change of my place of per- manent residence, by forced relocation outside the state border of Ukraine, in order to further receive HIV treatment at my tem- porary residence, I kindly ask the Public Health Centre of the Ministry of Health of Ukraine to facilitate the provision of information to me from my attending physician or health-care institution where I was under medical supervision, regarding:

* confirmatory tests for serological markers of HIV;
* clinical diagnosis of HIV infection and date of its establishment;
* the current antiretroviral therapy (ART) schedule and its prescription date;
* history of ART, dynamics of CD4 count and HIV viral load levels (if available); and
* most recent test results for CD4 count, HIV viral load and antiretroviral resistance testing (if available).

If it is not possible to provide the requested above information, please facilitate the provision of any available information regard- ing my HIV treatment. Please send information about my health and treatment to:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(please specify an email address to which medical information will be sent)

By signing this Statement, I give unambiguous informed consent to the Public Health Centre of the Ministry of Health of Ukraine, including medical staff from the HIV Management and Counteraction Department, for access, processing, disclosure and trans- fer of my confidential information, in the sense of Article 39 of the Fundamentals of the Legislation of Ukraine on Health Care and Article 13 of the Law of Ukraine on Counteraction to the Spread of Diseases Caused by the Human Immunodeficiency Virus (HIV) and the Legal and Social Protection of People Living with HIV, which, in particular, is related to my further treatment.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

name of the person signing the Statement signature date, month, year