

**Formularz zgody pacjenta placówki przekazującej na zabezpieczenie materiału dowodowego
oraz dokumentację łańcucha dowodowego**

W PRZYPADKU BRAKU ZGŁOSZENIA DO ORGANÓW ŚCIGANIA, POLE NALEŻY POZOSTAWIĆ PUSTE

Imię i nazwisko pacjenta _____

Data urodzenia _____ Szpitalny numer dokumentacji medycznej _____

Etykieta pacjenta
**W PRZYPADKU BRAKU ZGŁOSZENIA
PRZEZ PACJENTA
POZOSTAWIĆ PUSTE**

WYMÓG OBOWIĄZKOWEGO ZGŁASZANIA

W przypadku pacjentów w wieku poniżej 18 lat (osób małoletnich): (chyba że zostali prawnie usamodzielnieni w wyniku zawarcia małżeństwa lub wstąpienia do jednego z rodzajów Sił Zbrojnych Stanów Zjednoczonych)

Zgodnie z prawem stanu Illinois pracownicy ochrony zdrowia są zobowiązani do zgłaszania podejrzenia przemocy lub zaniedbania wobec dziecka do Departamentu Usług dla Dzieci i Rodzin stanu Illinois (DCFS) na podstawie Ustawy o zgłaszaniu przypadków przemocy i zaniedbania wobec dzieci (Abused and Neglected Child Reporting Act, ANCRA).

- Wiek wyrażenia prawnie skutecznej zgody na podejmowanie aktywności seksualnej wynosi 17 lat
- Jeżeli sprawca znajduje się w pozycji władzy, zaufania lub sprawuje funkcję opiekuna, wiek wyrażenia prawnie skutecznej zgody na podejmowanie aktywności seksualnej wynosi 18 lat

Departament Usług dla Dzieci i Rodzin stanu Illinois (DCFS) jest zobowiązany do niezwłocznego przekazania zgłoszeń, w których dziecko jest domniemaną ofiarą przemocy seksualnej, do właściwej miejscowo jednostki organów ścigania w celu rozważenia wszczęcia postępowania karnego lub podjęcia innych działań.

W przypadku pacjentów w wieku 18 lat i starszych (osób dorosłych):

- Zgodnie z prawem stanu Illinois pracownicy ochrony zdrowia są zobowiązani do zgłaszania podejrzenia przemocy, zaniedbania lub wykorzystywania do Departamentu ds. Osób Starszych stanu Illinois (Department on Aging) w odniesieniu do:
 - Każdego pacjenta dorosłego w wieku 60 lat i starszego, który nie jest w stanie samodzielnie dokonać zgłoszenia ani podjąć działań w celu zapewnienia sobie ochrony
 - Każdego pacjenta dorosłego w wieku od 18 do 59 lat z niepełnosprawnością, który nie jest w stanie samodzielnie dokonać zgłoszenia ani podjąć działań w celu zapewnienia sobie ochrony

WYMÓG POWIADOMIENIA ORGANÓW ŚCIGANIA

Prawo stanu Illinois wymaga od pracowników ochrony zdrowia powiadamiania organów ścigania o przypadkach leczenia obrażeń odniesionych przez ofiary przestępstw, w tym przestępstw na tle seksualnym. Pacjent NIE jest jednak zobowiązany do bezpośredniej rozmowy z organami ścigania ani do udziału w postępowaniu wyjaśniającym.

ZGODA NA PRZEPROWADZENIE BADAŃ LUB PRZECHOWYWANIE MATERIAŁU DOWODOWEGO

Rozumiem, że mogę zdecydować o przekazaniu zabezpieczonego materiału dowodowego do laboratorium kryminalistycznego w celu przeprowadzenia badań.

LUB

Mogę zdecydować o przechowywaniu zabezpieczonego materiału dowodowego.

W przypadku wyboru przechowywania materiału dowodowego rozumiem, że organy ścigania są zobowiązane do jego przechowywania wyłącznie **przez okres co najmniej 10 lat lub – jeżeli nie ukończyłem(-am) 18 lat – do dnia moich 28. urodzin**. Rozumiem, że mogę zmienić decyzję i w dowolnym momencie przed upływem okresu przechowywania materiału dowodowego dokonać zgłoszenia organom ścigania oraz wyrazić zgodę na przekazanie materiału do laboratorium kryminalistycznego w celu przeprowadzenia badań.

Pacjent (jeżeli **jest zdolny** do wyrażenia zgody) – lub – w przypadku **braku zdolności** do wyrażenia zgody: Rodzic / Opiekun prawny / Pełnomocnik ds. opieki zdrowotnej (proszę zakreślić właściwą rolę i złożyć parafę przy wybranej opcji)

- Poddanie materiału dowodowego **badaniom** (wymagany wiek co najmniej 13 lat do wyrażenia zgody na badania) _____
- **Przechowywanie** materiału dowodowego (bez przeprowadzania badań) _____ Okres przechowywania materiału dowodowego upływa dnia _____

PROSZĘ PODPISAĆ ANGIELSKĄ WERSJĘ

Pacjent (jeżeli **jest zdolny** do wyrażenia zgody) – lub – w przypadku **braku zdolności** do wyrażenia zgody: Rodzic / Opiekun prawny / Pełnomocnik ds. opieki zdrowotnej (proszę zakreślić właściwą rolę oraz złożyć podpis; w przypadku braku zgłoszenia – złożyć parafę)

Data/Godzina _____

Podpis pracownika ochrony zdrowia

Imię i nazwisko (drukowanymi literami)

Data/Godzina _____

Jeśli dotyczy: Imię i nazwisko tłumacza

Nr identyfikacyjny tłumacza

Data/Godzina _____

Oryginał do akt sprawy prowadzonych przez organy ścigania, kopia do dokumentacji medycznej szpitala, kopia dla pacjenta.

NIE UMIESZCZAĆ TEJ STRONY W ZAPŁOMBOWANYM ZESTAWIE DO ZABEZPIECZANIA MATERIAŁU DOWODOWEGO

ISP 6-006 (01/26)

**Formularz zgody pacjenta placówki przekazującej na zabezpieczenie materiału dowodowego
oraz dokumentację łańcucha dowodowego**

Etykieta pacjenta
W PRZYPADKU BRAKU ZGŁOSZENIA
PRZEZ PACJENTA
POZOSTAWIĆ PUSTE

POTWIERDZENIE OTRZYMANIA INFORMACJI (wypełnia pracownik ochrony zdrowia oraz przedstawiciel organów ścigania)

Poświadczam, że poniższe przedmioty zostały przekazane organom ścigania. (**pracownik ochrony zdrowia – proszę złożyć parafę przy wszystkich właściwych pozycjach**)

NIE używać niniejszego formularza w przypadku próbki moczu do badań toksykologicznych (należy użyć formularza zgody na badania toksykologiczne ISP)

_____ Wymaz z zewnętrznych narządów płciowych przed oddaniem moczu

_____ Worki dowodowe: Łączna liczba worków (_____) Opisać zawartość każdego worka:

- _____
- _____
- _____
- _____

Materiał dowodowy przekazano z placówki medycznej w dniu: _____
(Data/Godzina)

Podpis przedstawiciela organów ścigania **przyjmującego** materiał dowodowy: _____

Nr identyfikacyjny funkcjonariusza oraz stopień służbowy (drukowanymi literami): _____ Agencja: _____

Podpis pracownika ochrony zdrowia **przekazującego** materiał dowodowy: _____

Imię i nazwisko pracownika ochrony zdrowia oraz stanowisko (drukowanymi literami): _____