

ZGODA NA BADANIA TOKSYKOLOGICZNE

Etykieta pacjenta tutaj
W PRZYPADKU BRAKU
ZGŁOSZENIA PRZEZ PACJENTA
POZOSTAWIĆ PUSTE

ZGODA PACJENTA NA ZABEZPIECZENIE MATERIAŁU DOWODOWEGO

Do zabezpieczenia materiału dowodowego wymagane są zarówno zgoda, jak i świadoma akceptacja pacjenta. Każda osoba zdolna do wyrażenia zgody może uczynić to samodzielnie, w tym również osoba małoletnia.

- **Jeżeli osoba małoletnia nie jest zdolna do wyrażenia zgody**, zgoda może zostać udzielona przez rodzica, opiekuna prawnego lub pełnomocnika ds. opieki zdrowotnej (health care power of attorney, POA).
- **Jeżeli osoba dorosła nie jest zdolna do wyrażenia zgody**, zgoda może zostać udzielona przez opiekuna prawnego lub pełnomocnika ds. opieki zdrowotnej (POA).

KWESTIE DOTYCZĄCE PACJENTA ORAZ RAMY CZASOWE ZABEZPIECZENIA MATERIAŁU DOWODOWEGO

Badania toksykologiczne są dobrowolne. Ma Pan(i) prawo wyrazić zgodę na przeprowadzenie badań w kierunku obecności narkotyków lub alkoholu, które mogły zostać użyte w celu ułatwienia popełnienia przestępstwa na tle seksualnym, albo odmówić ich przeprowadzenia.

Jeżeli zdecyduje się Pan(i) na przeprowadzenie badań, ich wyniki mogą wykazać obecność substancji przyjętych dobrowolnie lub niedobrowolnie, w tym substancji kontrolowanych (leków na receptę lub narkotyków nielegalnych), leków dostępnych bez recepty oraz alkoholu.

Badania toksykologiczne związane z przestępstwem na tle seksualnym ułatwionym podaniem środków odurzających należy rozważyć do 120 godzin od zdarzenia. Jeżeli próbka zostanie pobrana po upływie 120 godzin od zdarzenia, organy ścigania muszą zostać poinformowane, że została ona pobrana poza wskazanym przedziałem czasowym, wraz z podaniem przyczyny jej pobrania.

OPCJE WYRAŻENIA ZGODY

Proszę wypełnić wyłącznie JEDNĄ z poniższych opcji, zgodnie z podjętą decyzją:

- Jeżeli zdecyduje się Pan(i) na poddanie próbki moczu badaniom, proszę wypełnić sekcję Zgoda na **PRZEPROWADZENIE BADAŃ** próbki toksykologicznej. Pacjent **musi mieć ukończone 13 lat, aby móc wyrazić zgodę na przeprowadzenie badań**. Badanie może zostać przeprowadzone wyłącznie w przypadku zgłoszenia sprawy organom ścigania przez pacjenta.
- Jeżeli zdecyduje się Pan(i) na pobranie próbki moczu i jej przechowywanie, proszę wypełnić sekcję Zgoda na **PRZECHOWYWANIE** próbki toksykologicznej.

Szczegóły dotyczące zabezpieczenia materiału dowodowego – próbki moczu

Próbka moczu _____ została pobrana w dniu _____ o godzinie _____
(Imię i nazwisko ofiary lub numer raportu organów ścigania, jeżeli ofiara zdecyduje się nie podawać danych osobowych) (Data) (Godzina)

_____ i _____ zdarzenia
(Data) (Godzina)

ZGODA NA BADANIA TOKSYKOLOGICZNE

ZGODA NA PRZEPROWADZENIE BADAŃ PRÓBKİ TOKSYKOLOGICZNEJ

Ja, _____, wyrażam zgodę na **przekazanie** materiału dowodowego do badań
(Pacjent – jeśli jest zdolny do wyrażenia zgody – lub, w przypadku braku takiej zdolności: Rodzic / Opiekun prawny / Pełnomocnik ds. opieki zdrowotnej (POA) – proszę zakreślić właściwą rolę i wpisać imię i nazwisko drukowanymi literami)

toksykologicznych zabezpieczonego w _____ w dniu i godzinie wskazanych powyżej
(Nazwa szpitala)

organom ścigania w celu przeprowadzenia badań toksykologicznych w laboratorium kryminalistycznym. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie **badania** toksykologicznych i rozumiem, że badanie to wykaze obecność alkoholu oraz wszelkich pozostałości substancji odurzających (legalnych i nielegalnych) w moczu, a wyniki zostaną przekazane w raporcie. Rozumiem, że te badania są całkowicie dobrowolne.

Podpis: **PROSZĘ PODPISAĆ ANGIELSKĄ WERSJĘ**

Data: _____ Godzina: _____

(Pacjent – jeśli jest zdolny do wyrażenia zgody – lub, w przypadku braku takiej zdolności: Rodzic / Opiekun prawny / Pełnomocnik ds. opieki zdrowotnej (POA) – proszę zakreślić właściwą rolę i podpisać)

Świadek: _____ Data: _____ Godzina: _____

LUB

ZGODA NA PRZECHOWYWANIE PRÓBKİ TOKSYKOLOGICZNEJ

Ja, _____, wyrażam zgodę na **przechowywanie** materiału dowodowego do badań
(Pacjent – jeśli jest zdolny do wyrażenia zgody – lub, w przypadku braku takiej zdolności: Rodzic / Opiekun prawny / Pełnomocnik ds. opieki zdrowotnej (POA) – proszę zakreślić właściwą rolę i wpisać imię i nazwisko drukowanymi literami) – albo, w przypadku niepodawania danych osobowych, wpisać **numer raportu organów ścigania**

toksykologicznych zabezpieczonego w _____ w dniu i godzinie wskazanych powyżej
(Nazwa szpitala)

przez organy ścigania. Badania toksykologiczne **nie zostaną** w tym czasie przeprowadzone. Rozumiem, że organy ścigania są zobowiązane do przechowywania materiału dowodowego jedynie przez okres co najmniej 10 lat lub – w przypadku ofiary poniżej 18. roku życia – do ukończenia przez nią 28. roku życia.

Parafa: _____

Data: _____ Godzina: _____

(Pacjent – jeśli jest zdolny do wyrażenia zgody – lub, w przypadku braku takiej zdolności: Rodzic / Opiekun prawny / Pełnomocnik ds. opieki zdrowotnej (POA) – proszę zakreślić właściwą rolę i złożyć parafę)

Okres przechowywania próbki moczu upływa w dniu: _____

POTWIERDZENIE OTRZYMANIA MATERIAŁU DOWODOWEGO DO BADAŃ TOKSYKOLOGICZNYCH

Oświadczam, że otrzymałem(-am) próbkę moczu wyżej wskazanej ofiary w celu przeprowadzenia badań toksykologicznych lub jej przechowywania. Jeżeli udzielono zgody na przeprowadzenie badań, materiał dowodowy powinien zostać przekazany do laboratorium kryminalistycznego w terminie 10 dni roboczych.

(Podpis przedstawiciela organów ścigania przyjmującego materiał dowodowy)

(Nr identyfikacyjny i stopień służbowy)

(Data)

(Godzina)

Agencja organów ścigania: _____ Telefon agencji: _____

Przedstawiciel szpitala przekazujący próbkę: _____
(Imię i nazwisko drukowanymi literami) (Podpis)