ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПРОВЕДЕНИЕ МАГНТИНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ

Я,_____
(фамилия, имя, отчество - полностью)
_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу:
_____
_____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста15 лет, или недееспособных граждан:

Я, _____,
(Фамилия, имя, отчество законного представителя)
паспорт: _____, выдан_____
_____,
проживающий по адресу_____,
являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) несовершеннолетнего или лица, признанного недееспособным
_____
(Фамилия, имя, отчество ребенка или недееспособного, дата рождения) |

в соответствии со статьей 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» ознакомлен(а) с правами пациентов.
Согласно статье 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» меня известили об условиях и порядке предоставления платных медицинских услуг в _____
Я ознакомлен(а) с Положением о порядке предоставления дополнительных платных медицинских услуг в _____, договором об оказании платных медицинских услуг № ____ от «___»_____ 20__ г.
Я уведомлен(а) о том, чтомне (представляемому мной лицу) назначена магнитно-резонансная томография (МРТ)
_____.
(указать область исследования)
Медицинским работником _____
(должность, ФИО медицинского работника)
мне в понятной и доступной для меня форме разъяснено, что МРТ позволяет безопасно получить высококачественные изображения внутренних органов и тканей. Но, как и для многих диагностических исследований, существуют ограничения в использовании МРТ у ряда пациентов.МРТ не может быть выполнена*:
-пациентам с кардиостимулятором.
-пациентам с ферромагнитными имплантатами (протезы внутреннего уха, тазобедренного сустава, клипсы на кровеносных сосудах, инсулиновые помпы и т.д.).
-пациентам с металлическими инородными телами в теле (осколки, пули, фрагменты металлической стружки и т.д.).
-при наличии беременности (*первый триместр*).

*наличие зубных протезов не является противопоказанием к исследованию, но может снизить качество изображений.

Я подтверждаю, что мне в доступной и понятной форме разъяснены особенности исследования, а также наличие возможного риска при проведении исследования.
Я подтверждаю отсутствие у меня в теле любых металлических инородных тел, кардиостимулятора, ферромагнитных имплантатов (протезы внутреннего уха, тазобедренного сустава, клипсы на кровеносных сосудах и т.д.);отсутствие беременности.

Также я уведомлен, что в ряде случаев, при выполнении МРТ может потребоваться внутривенное введение специального медицинского препарата, называемого контрастным веществом. Отказ от применения контрастного вещества может привести к ошибкам в постановке диагноза.

Контрастные вещества считают достаточно безопасными, так как при МРТ используются неионные парамагнитные контрастные средства. Но, как и при любой инъекции, существует риск, включающий повреждение нерва, артерии или вены, возникновение инфекционных осложнений или появление аллергической реакции организма на введение контрастного вещества. Эти редкие реакции (частота возникновения не более 1 на 1000 введений) проявляются тошнотой, рвотой, чиханием, сыпью на коже. Крайне редко могут случиться более серьезные реакции на контрастный препарат вплоть до смертельного исхода. У некоторых пациентов **риск появления осложнений** значительно выше. К ним относятся:

-лица, которые ранее имели подобные осложнения при введении данного контрастного препарата;
-пациенты с аллергическими реакциями, и, особенно, страдающие бронхиальной астмой;
-пациенты с тяжелыми заболеваниями сердца;
-пациенты с заболеваниями почек;
-пациенты с эпилепсией либо с повышенной судорожной готовностью;
-пациенты, принимающие В-адреноблокаторы;
-пациенты с анемиями, гемоглобинопатией, печеночной недостаточностью.

Абсолютными противопоказаниями к в/в введению контрастного препарата являются почечная недостаточность со скоростью клубочковой фильтрации менее 30мл/мин. и состояние после трансплантации печени.

Я уведомлен, что если я отношусь к одной из вышеперечисленных категорий, мне необходимо **сообщить об этом** медицинскому работнику.

Я подтверждаю, что мне в доступной и понятной форме разъяснены особенности исследования, а также наличие возможного риска при проведении исследования. Я подтверждаю, выполнение мне исследования МРТ

_____

(указать вид обследования)

( ) с контрастным веществом ( ) без контрастного вещества

и даю согласие на проведение необходимых лечебных медицинских мероприятий в случае возникновения у меня осложнений при проведении исследования. В случае возникновения у меня побочных реакций на введение контрастного препарата претензий к Клинике иметь не буду.

Дата_____

Ф.И.О, подпись
пациента__

_____

подпись пациента расшифровка подписи (для родственников указать степень родства)

_____ _____

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПРОВЕДЕНИЕ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ
ПРИ НАЛИЧИИ МЕТАЛЛИЧЕСКИХ ИМПЛАНТОВ

(вопрос о возможности проведения исследования решается в индивидуальном порядке врачом кабинета на основании представленной медицинской документации)

Я,_____
(фамилия, имя, отчество - полностью)
_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу:
_____
_____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста15 лет, или недееспособных граждан:

Я, _____,
(Фамилия, имя, отчество законного представителя)
паспорт: _____, выдан_____
_____,
проживающий по адресу_____,
являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) несовершеннолетнего или лица, признанного недееспособным
_____
(Фамилия, имя, отчество ребенка или недееспособного, дата рождения) |

в соответствии со статьей 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» ознакомлен(а) с правами пациентов.
Согласно статье 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» меня известили об условиях и порядке предоставления платных медицинских услуг в _____
Я ознакомлен(а) с Положением о порядке предоставления дополнительных платных медицинских услуг в _____, договором об оказании платных медицинских услуг № ____ от «___»_____ 20__ г.
Я уведомлен(а) о том, что мне (представляемому мной лицу) назначена магнитно-резонансная томография (МРТ)
_____.
(указать область исследования)
Медицинским работником _____
(должность, ФИО медицинского работника)
Мне в понятной и доступной для меня форме разъяснено, что МРТ позволяет безопасно получить высококачественные изображения внутренних органов и тканей. Но, как и для многих диагностических исследований, существуют ограничения в использовании МРТ у ряда пациентов. МРТ не может быть выполнена*:
-пациентам с кардиостимулятором.
-пациентам с ферромагнитными имплантатами (протезы внутреннего уха, тазобедренного сустава, клипсы на кровеносных сосудах, инсулиновые помпы и т.д.).
-пациентам с металлическими инородными телами в теле (осколки, пули, фрагменты металлической стружки и т.д.).
-при наличии беременности (*первый триместр*).

*наличие зубных протезов не является противопоказанием к исследованию, но может снизить качество изображений.

Я подтверждаю, что мне в доступной и понятной форме разъяснены особенности исследования, а также наличие возможного риска при проведении исследования.
Сообщаю, что мне установлены следующие имплантаты (указать тип - стент, клипса, фиксирующая конструкция, кава-фильтр, клапан и т.д.), дату установки и наличие паспорта на имплантат.
1._____
_____
2._____
_____
В случае отсутствия документации на установленные имплантаты, либо отсутствия в предоставленной документации сведений о безопасности выполнения МРТ с данным имплантатом я понимаю, что назначенное мне исследование небезопасно, так как установленные имплантаты могут сместиться под воздействием магнитного поля и/или нагреться под воздействием радиочастотных импульсов. Я подтверждаю, что мне в доступной и понятной форме разъяснены опасные для моего здоровья и жизни последствия, связанные с выполнением данного исследования, и я полностью осознаю, что целиком и полностью принимаю на себя всю ответственность за возникновение возможных осложнений и подтверждаю выполнение мне исследования МРТ _____.
(указать вид обследования)

В случае возникновения у меня осложнений после проведения исследования, претензий к Клинике иметь не буду.

Дата _____

Ф.И.О, подпись
пациента_____
(подпись пациента или его законного представителя) (расшифровка подписи)

_____ _____
(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)