

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
"__" _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
"__" _____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на проведение МРТ исследования головного мозга, головного мозга с контрастным усилением, артерий головного мозга(ангиорежим), гипофиза, гипофиза с контрастным усилением, придаточных пазух носа, краниовертебрального перехода, шейного отдела позвоночника, артерий шеи(ангиорежим), грудного отдела позвоночника, поясничного отдела позвоночника, крестца, копчика, тазово-подвздошного сочленения, тазобедренных суставов, коленных суставов(правого и/или левого), плечевых суставов(правого и/или левого), локтевых суставов (правого и/или левого), _____ в **Общество с ограниченной ответственностью « Медицинский центр « Риорит»**

Медицинским работником, рентгенлаборантом, **врачом рентгенологом** _____, в доступной для меня форме мне разъяснено: цели- выявление и оценка структурных и/или патологических изменений в исследуемой области, методы оказания медицинской помощи-мне разъяснено, что магнитно-резонансная томография(мрт) представляет собой получение внутреннего строения исследуемой области с помощью аппарата МРТ Siemens Magnetom С 0,35ТL и полученное заключение не является диагнозом. Пациент находится в одежде, свободной от металлических деталей, помещается лежа на спине на выдвижной стол аппарата, медицинский работник дает указания по поведению, необходимо лежать неподвижно некоторое время. исследование длится 30-45 минут. Во время процедуры пациент слышит шум от работы оборудования, но неприятных ощущений нет. В случае необходимости использования контрастного усиления, для более точной диагностики в некоторых случаях, вводится препарат гадолиний или его аналоги внутривенно струйно. Контрастное вещество на основе гадолиния гипоаллергенно, выводится из организма с мочой в течение 2 часов после введения. Длительность процедуры с контрастом - около часа. Данные исследования отображаются на экране монитора. В результате исследования получается серия снимков. Их результаты описываются врачом, данные вносятся в медицинскую документацию и выдаются пациенту. Мне разъяснено, что качественное выполнение мрт требует предварительной подготовки: требуется убрать все металлические изделия, включая пирсинг, металлические приборы, снять очки, вынуть серьги, металлические протезы. При проведении исследования категорически запрещено двигаться. При проведении исследования с контрастом предварительно выясняется аллергологический анамнез. Мне разъяснено, что мрт головного мозга и гипофиза может осуществляться следующими методами: 1. Без контраста; 2. С контрастом. Мне разъяснено, что мрт с контрастом осуществляется посредством введения содержащего гадолиний препарата внутривенно, при этом вещество делает контрастным исследуемый орган, что повышает информативность исследования, но продлевает длительность мрт. Мне разъяснено, что мрт оказывается без применения анестезии. Мне разъяснено, **что заключение МРТ-обследования не является диагнозом**, оно лишь помогает врачу-клиницисту узнать детали и поставить точный **диагноз**.

- связанный с методами риск:

Мне разъяснено, мрт имеет следующие противопоказания: абсолютным противопоказанием является наличие у пациента имплантов или имплантированных электронных устройств (кохлеарные имплантаты, некоторые виды клипс, используемых на аневризмах головного мозга, некоторые виды металлических спиралей, размещенных в пределах кровеносных сосудов, искусственные металлические клапаны сердца, имплантированные инфузионные помпы, электронные устройства, включая дифибрилляторы, кардиостимуляторы, эндопротезы суставов с содержанием магнитящегося металла, имплантированные стимуляторы нервов, металлические магнитящиеся штифты, винты, пластины, стенты или хирургические скобы, металлические магнитящиеся части в теле человека (пули, осколки снарядов). Также, при проведении мрт с введением контрастного вещества, противопоказанием будет являться тяжелое заболевание почек. Относительными противопоказаниями выступают нарушение сердечного ритма, беременность, период лактации, острое поражения сердечной мышцы, пневмоторакс, сильное кровотечение, нахождение без сознания, состояние комы, психические расстройства, сопровождающиеся неконтролируемым поведением, аллергия на

контрастное вещество, тяжелые формы сахарного диабета. Наличие в теле пациента металлосодержащих предметов может привести к смещению металлических объектов, а также нагреву его вследствие воздействия мощного электромагнитного поля, что влечет повреждение тканей и органов и может вызвать неблагоприятные последствия для здоровья вплоть до летального исхода. **Мне разъяснено, что неведение до сведения медицинского работника наличия у меня противопоказаний к вмешательству может повлечь наступление непредвиденных осложнений, снизить или свести на нет эффективность процедуры.**

Мне разъяснено, что после проведения мрт с введением контрастного вещества на протяжении 12-24 часов не кормить грудью ребенка. **Предполагаемые результаты оказания медицинской помощи:**

Мне разъяснено, что результатом мрт является: выявление нарушений в структуре исследуемой области, начальная диагностика при некоторых травмах, определение злокачественного новообразования органов, дифференциальная диагностика образований и иных патологических процессов в исследуемой области.

Мне разъяснено, что в результате проведения мрт на аппарате МРТ Siemens Magnetom C 0,35TL. В некоторых спорных случаях потребуется проведение исследования на аппарате большей мощности.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Мне разъяснено и понятно мое право на получение бесплатной медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, которую я могу получить бесплатно в установленном порядке и сроки.

Я ознакомлен(а) с перечнем, стоимостью, сроками ожидания, условиями оказания и порядком оплаты предоставляемых медицинских услуг.

До заключения Договора я получил(а) информацию о медицинском работнике, отвечающем за предоставление платных медицинских услуг (его профессиональном образовании и квалификации), а также о том, что граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в клинике.

Я предупрежден о временных неудобствах, связанных с оказанием Услуг, и согласен с ними. Мне понятны правовые (ст. 1064 ГК РФ) и медицинские последствия моего решения, специальная терминология.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

_____ дата «____» _____ 202__ г.
(ФИО гражданина, контактный телефон) (подпись)

_____ дата «____» _____ 202__ г.
(ФИО гражданина, или его законного представителя контактный телефон) (подпись)

_____ дата «____» _____ 202__ г.
(ФИО медицинского работника) (подпись)

Операции на сердце _____ (да/нет), год, название оперативного вмешательства _____

Наличие кардиостимулятора _____

Наличие отокохлеарного импланта _____

Наличие инсулиновой помпы _____

Наличие металла в организме (импланты (кроме зубных) осколочные ранения. металлические скобы. клипсы и т.п.) _____

Наличие беременности _____

Я подтверждаю, что мои ответы чистосердечны и правдивы. _____ (подпись)