

Информированное добровольное согласие на проведение магнитно-резонансной томографии

(без применения контрастных веществ)

Я, _____

(Фамилия Имя Отчество (при наличии) гражданина , год рождения — полностью)

проживающий /ая по адресу _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я (ФИО и дата рождения законного представителя), паспорт (серия ,номер): _____ выдан: _____

зарегистрированный по адресу: _____

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)/ проживающий по адресу:

(указывается в случае проживания не по месту регистрации) являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)в отношении

(Фамилия, Имя Отчество (при наличии) пациента, дата рождения пациента, проживающего по адресу:

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя) даю согласие на оказание медицинской помощи в ООО «МДЦ Импульс »

-Мне назначена магнитно-резонансная томография (МРТ)

(область исследования)

-До подписания настоящего согласия я проинформирован (а) лечащим врачом о целях и возможных методах медицинской помощи, о вариантах обследования, о необходимости проведения исследования, которое позволит уточнить диагноз, оценить состояние моего здоровья, определить ход дальнейшего лечения;

-МРТ позволяет безопасно получить высококачественные изображения внутренних органов и тканей;

-Мне разъяснено, что метод исследования - МРТ это способ получения медицинских изображений для исследования внутренних органов и тканей с использованием явления ядерного магнитного резонанса, с помощью специального медицинского аппарата-магнитно-резонансного томографа. При выполнении исследования всё тело оказывается в магнитном поле , поэтому чувствительные к нему органы не могут быть экранированы. Работа МР — томографа сопряжена с высоким уровнем шума, что может оказывать воздействие на орган слуха , при позиционировании используется лазерный луч, который может оказывать повреждающее действие на орган зрения;

-Я знаю, что в целях максимальной эффективности и безопасности проводимого обследования, я обязан(а) поставить в известность врача о всех проблемах, связанных с моим здоровьем, наследственностью, аллергическими проявлениями, индивидуальной непереносимостью лекарственных препаратов и продуктов питания, а также о курении табака, а злоупотреблении алкоголем, наркотическими и токсическими средствами в настоящее время и прошлом, наличие татуировок;

-Я информирован о противопоказаниях к МРТ -исследованию :

Абсолютные противопоказания:

*электронные или ферромагнитные имплантаты внутреннего или среднего положения: протезы внутреннего уха, тазобедренного сустава, клипсы на кровеносных сосудах, инсулиновые помпы , кардиостимуляторы (пейсмейкера, кардиовертера, искусственного водителя ритма) , нейростимуляторы,металлические противозачаточные спирали;

* металлические инородные тела в организме (осколки, пули, фрагменты металлической стружки);

Относительные противопоказания:

*беременность (первый триместр)- исследование проводится при наличии справки акушер-гинеколога ;

*протезы клапанов сердца, протез внутреннего уха;

*сильные боли (при невозможности лежать неподвижно длительное время);

*татуировки (выполненные железосодержащими красителями);

*клаустрофобия;

*наличие металлических зубных протезов не является противопоказанием к исследованию, но может снизить качество изображения;

*фиксированные имплантируемые металлические элементы(ортопедические и спинальные пластины, штифты) позволяют выполнить МРТ , но могут быть причиной артефактов и затруднения диагностики. При появлении дискомфорта в месте их нахождения процедура завершается;

-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;

-Мне разъяснено, что при наличии в организме имплантатов необходимо указать тип (стент, клипса, фиксирующая конструкция, каво-фильтр, клапан и т. д.), дату установки и наличие паспорта на имплантат информирующего о совместимости медицинского изделия с магнитным полем, для решения о возможности проведения исследования:

_____ указать:
тип (стент, клипса, фиксирующая конструкция, каво-фильтр, клапан и т. д.), дату установки и наличие паспорта на имплантат;

-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;

-Я проинформирован, что для проведения исследования необходимо выключить мобильный телефон, снять часы, ремень, украшения, булавки, зубные или слуховые протезы, выложить ВСЕ металлические предметы, магнитные карты из карманов и отставить за пределами кабинета исследования;

-Я понимаю, что во время проведения диагностического исследования я буду лежать в ограниченном пространстве на столе, который помещен внутри цилиндрического аппарата (в форме туннеля), буду чувствовать вибрацию и шум. Во время процедуры нельзя будет двигаться. Для фиксации головы будут использоваться специальные приспособления. Во время исследования я не могу разговаривать, однако буду иметь возможность связаться с сотрудником, проводящим процедуру, при помощи кнопки вызова, которая будет находиться в пределах досягаемости. Сотрудник проводящий исследование, будет наблюдать за мной все время (от 15 до 90 минут) пока я буду находиться в аппарате;

-Я проинформирован, что по результатам исследования мне будет выдано заключение на бумажном носителе (в случае дополнительной оплаты МРТ исследование в электронном виде на диске/ флэш-карте/ плёнке) Результат исследования выдается в течение 24 часов после окончания исследования, а в исключительных случаях по решению врача требующих детального изучения снимков - в течение 2 рабочих дней;

-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. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а так же разъяснены последствия отказа;

-Я осведомлен что медицинские вмешательства включённые в Перечень могут быть получены мною в рамках обязательного медицинского страхования в государственных структурах здравоохранения, согласно ФЗ от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 07.03.2018) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

-Я информирован(а) о возможной необходимости проведения дополнительного МРТ -исследования с применением внутривенного контраста и необходимости подписания согласия на его введение;

-Я получил(а) информацию о необходимости оплаты исследования, в том числе в случаях расхождения между видами исследований, указанных в направлении лечащего врача, в списке услуг, оплачиваемых медицинской страховой компанией и теми исследованиями, которые я считаю лично необходимым провести;

-Я предупрежден (а) о необходимости предоставления медицинской документации, касающейся заболевания в связи с которым я прохожу обследование. Я извещён (а) о необходимости предоставления результатов предыдущих исследований изображений КТ/МРТ / рентгенограмм;

-Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №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:

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Я удостоверяю, что текст мною прочитан. Я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, я имел(а) возможность задать вопросы и получил(а) на них ответы, полученные объяснения меня удовлетворяют.

Я, _____

(Фамилия Имя Отчество),

согласен(на) на проведение МРТ-исследования.

Пациент (его законный представитель)

_____ Подпись

_____ Фамилия Имя Отчество

Врач-рентгенолог

_____ Подпись

_____ Фамилия Имя Отчество

«__» _____ 20__ г.