

**Информированное добровольное согласие на проведение магнитно-резонансной томографии  
(с применением 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) с внутривенным контрастным веществом

(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;

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

\*татуировки (выполненные железосодержащими красителями );

\*протез внутреннего уха;

\*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, вава-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, вава-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 уведомлен(а) о том, 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;

-Я понимаю, что мне назначено исследование, которое обычно требует внутривенного введения медицинского препарата, называемого «контрастным веществом», которое обеспечивает усиление контрастности изображения и облегчает визуализацию аномальных структур или образований центральной нервной системы и других органов тела. Отказ от применения контрастного вещества может привести к ошибкам в постановке диагноза;

-Контрастный препарат -это парамагнитное вещество. Препарат набирается в одноразовый шприц непосредственно перед использованием. Введение контрастного препарата производится через внутривенный катетер, устанавливаемый наиболее часто в вену на внутренней поверхности локтевого сгиба, либо на тыльной стороне кисти;

-Мне объяснили, что используемое контрастное вещество (контрастные вещества считают достаточно безопасными, так как при МРТ используются неионные парамагнитные контрастные средства) в большинстве случаев хорошо переносится пациентами;

-Но, как и при любой внутривенной инъекции, могут возникнуть осложнения, такие как повреждение нерва, артерии или вены, инфицирование раны, а также отрицательная реакция организма на вводимое вещество;

Реакции могут быть:

\*острые( в течение первого часа после введения контрастного средства ) и отсроченные (поздние и очень поздние);

\* внепочечные (местные и общие) и почечные (нефротоксичное действие КС: Поздний нефрогенный системный фиброз и постконтрастное острое повреждение почек );

Общие:

Лёгкие (Тошнота, легкая рвота ,кожная сыпь -крапивница,кожный зуд, эритема,беспокойство вазогагальные реакции -проходящие самостоятельно );

Средней тяжести (Тяжелая рвота ,выраженная кожная сыпь (крапивница) ,бронхоспазм ,отек лица/гортани ,вагусные сосудистые реакции )

В редких случаях (1:6000) у пациента могут возникнуть более тяжелые реакции на внутривенное введение контрастного препарата.(Судороги ,гипотензивный или анафилактический шок, коллапс ,остановка дыхания ,остановка сердечной деятельности аритмии );

Крайне редко (1:175000, по данным мировой практики) реакция на контрастный препарат может привести к смерти;

Местные: экстрavasация - попадание контрастного вещества вводимого при исследовании в подкожно-жировую клетчатку при введении в подкожную вену малого диаметра (особенности анатомического строения вен пациентов );

-К пациентам с высокой степенью риска возникновения побочных реакций на внутривенное введение контрастного препарата относятся:

\* пациенты, у которых ранее наблюдалась умеренная или тяжелая аллергическая реакция на введение контрастного препарата, которая требовала проведения терапии;

\* пациенты с аллергическими реакциями в анамнезе;

\*пациенты, страдающие бронхиальной астмой, у которых отмечались тяжелые аллергические реакции;

\*пациенты с заболеваниями щитовидной железы (тиреотоксикоз);

\* пациенты с тяжелой сердечно-сосудистой недостаточностью;

\*пациенты с тяжелыми заболеваниями почек, особенно сопровождающиеся снижением их функции. Если Вы относитесь к данной группе, необходимо предоставить результаты анализа крови на креатинин, выполненного не позднее 1 мес. назад.

-Я подтверждаю, что сообщил(а) врачу о наличии (отсутствии) заболеваний (состояний), увеличивающих риск возникновения побочных реакций на внутривенное введение контрастного препарата, являющихся относительными противопоказаниями к проведению исследования: умеренная или тяжелая аллергическая реакция на введение контрастного препарата, которая требовала проведения терапии в анамнезе; аллергические реакции в анамнезе; бронхиальная астма; заболевания щитовидной железы (тиреотоксикоз); тяжелая сердечно-сосудистая недостаточность; тяжелые заболевания почек, особенно сопровождающиеся снижением их функции.

**Абсолютными противопоказаниями** к в/в введению контрастного препарата являются почечная недостаточность со скоростью клубочковой фильтрации менее 30мл/мин., состояние после трансплантации печени, индивидуальная непереносимость контрастного вещества. **Для пациентов женского пола:** беременность и период грудного вскармливания.

При наличии данных заболеваний и состояний, а также, если Вы не уверены в состоянии здоровья в указанных сферах, то Вам необходима консультация врача перед исследованием с применением контрастного препарата;

-Я уведомлен(а), что если я отношусь к одной из вышеперечисленных категорий, мне необходимо сообщить об этом врачу-рентгенологу или рентген-лаборанту с целью выбора соответствующей диагностической методики или отказа от использования контрастного препарата;

-Я уведомлен(а), что в случае наличия риска врачом может быть изменена диагностическая методика или отменено использование контрастного препарата;

-Я уведомлен(а) что в случае прерывания исследования с введением контрастного вещества, по не зависящим от медицинского сотрудника ООО МДЦ Импульс причинам, стоимость контрастного вещества не возмещается ;

-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 находится 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 осведомлён 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 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 предупреждён (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. с применением внутривенного контрастного вещества

Пациент (его законный представитель)

\_\_\_\_\_

Подпись

\_\_\_\_\_

Фамилия Имя Отчество

Врач-рентгенолог

\_\_\_\_\_

Подпись

\_\_\_\_\_

Фамилия Имя Отчество

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.