

Информированное добровольное согласие на внутривенное введение контрастного препарата при МРТ исследовании

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 »

-Я получил(а) разъяснения по поводу предстоящего 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;

-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 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: экстравазация - 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: 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;

-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 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 исследования.

Пациент (его законный представитель)

Подпись

Фамилия Имя Отчество

Врач-рентгенолог

Подпись

Фамилия Имя Отчество

«__» _____ г.