

Информированное добровольное согласие на проведение мультиспиральной компьютерной 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 мультиспиральная компьютерная томография(МСКТ)

(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;

-Мне разъяснена возможная дозовая нагрузка _____ и ее влияние на мой организм. Я понимаю, что в ходе выполнения исследования может возникнуть необходимость выполнения дополнительных рентгенограмм и/или других методов исследования, что может увеличить дозовую нагрузку на организм;

-Мне разъяснено, что метод исследования — МСКТ усовершенствованная КТ, для визуализации внутренних органов и костно-суставных структур использует прохождение X-лучей через тело человека. Часть ионизирующей энергии задерживается плотными тканями, что фиксируют детекторы. С помощью компьютерной программы эти данные преобразуются в картинку. Современные мультidetекторные томографы имеют высокий профиль безопасности, меньше временные затраты на процедуру;

-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;

-Я информирован о противопоказаниях к МСКТ исследованию:

Абсолютные противопоказания:

- Беременность на протяжении всего срока (по жизненным показаниям исследования выполняются только при проведении врачебного консилиума); Грудное вскармливание.

Относительные противопоказания:

- Отягощенный анамнез (пребывание в зонах радиоактивных катастроф, проведение курсов лучевой терапии, менее чем за 6 месяцев до настоящего времени);

- Выполнение других рентгенологических исследований, связанных с большой лучевой нагрузкой, работа с использованием источников ионизирующего излучения;

-Молодой/детский возраст (ввиду высокой дозовой нагрузки предпочтительны альтернативные методы исследования);

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

-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, таких как:

*временные изменения в составе крови после относительно небольшого избыточного облучения;

*необратимые изменения в составе крови (гемолитическая анемия, после длительного избыточного облучения);

*возникновение катаракты(при проведении исследования области черепа);

*канцерогенное действие ,включая лейкемию;

*быстрое старение ,ранняя смерть;

-Я уведомлен(а) о том, что в ряде случаев, при выполнении МСКТ 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 безопасное химическое соединение, которое произведено с использованием йодсодержащих и сульфатсодержащих компонентов. 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)

Со стороны сердечно — сосудистой системы : периферическая вазодилатация, выраженное снижение АД , коллапс, тахикардия, одышка, возбуждение, цианоз,потеря сознания, брадикардия;

Со стороны центральной нервной системы: нарушение зрительного восприятия,спутанность сознания,судороги, гемипарез(при исследовании сосудов головного мозга);

Со стороны мочеполовой системы: нарушение функции почек , в том числе острая почечная недостаточность(у пациентов с хронической почечной недостаточностью, диабетом ,серповидно-клеточной анемией,множественной миеломой, анурией, макроглобулинурией);

Со стороны эндокринной системы: тиреотоксический криз (при тиреотоксикозе в анамнезе);

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);

Так же возможны ощущение жара /холода в (10-50%),боль в месте инъекции;

-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 внутрь цилиндрического аппарата;

-Я проинформирован, что по результатам исследования мне будет выдано заключение на бумажном носителе (в случае дополнительной оплаты — МСКТ 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 включенные 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 МСКТ -исследования, с контрастным усилением.

Пациент (его законный представитель)

Подпись

Фамилия Имя Отчество

Врач-рентгенолог

Подпись

Фамилия Имя Отчество

«__» _____ 20__ г.