

**Информированное добровольное согласие на рентгенологическое исследование- остеоденситометрию**

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 остеоденситометрия

(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;

-Я проинформирован(а) о сути данного исследования и о том, что оно сопровождается рентгеновским излучением;

-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 —Денситометрия - это неинвазивный метод определения минеральной плотности костной ткани (МПК);

-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 рентгенологическому исследованию:

**Абсолютные противопоказания:**

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

**Относительные противопоказания:**

-наличие металлических имплантатов и металлоконструкций в зоне исследования;

-недавние травмы и другие состояния, не позволяющие сохранять неподвижность во время проведения исследования;

- 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, исследования с применением контрастирования (внутривенные контрастные исследования, пассаж бариевого контраста по ЖКТ, рентгенография пищевода, желудка и 12-ти перстной кишки с использованием контрастных веществ, ирригоскопия/ирригография) или с введением радиофармпрепаратов, проведенные за 72 часа до предполагаемой денситометрии и ранее.

-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;

\*канцерогенное действие, включая лейкомию;

-Я проинформирован, что по результатам исследования мне будет выдано заключение на бумажном носителе. Результат исследования выдается в 30 минут после окончания исследования;

-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 предупрежден (а) о необходимости предоставления медицинской документации, касающейся заболевания в связи с которым я прохожу обследование. Я извещен (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 остеоденситометрии

Пациент (его законный представитель)

\_\_\_\_\_

Подпись

\_\_\_\_\_

Фамилия Имя Отчество

Врач-рентгенолог

\_\_\_\_\_

Подпись

\_\_\_\_\_

Фамилия Имя Отчество

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.