

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи по магнитно-резонансной томографии**

Я, пациент Фамилия пациента Имя пациента Отчество пациента Дата рождения пациента года рождения, зарегистрированного по адресу: Адрес регистрации пациента

Заполняется законными представителями несовершеннолетних в возрасте до 15 лет, несовершеннолетних больных наркоманией в возрасте до 16 лет

Я, нижеподписавшийся (аяся) \_\_\_\_\_ являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным \_\_\_\_\_ года рождения (далее - пациент), \_\_\_\_\_ проживающего \_\_\_\_\_ по адресу \_\_\_\_\_

в рамках договора об оказании платных медицинских услуг желаю получить платные медицинские услуги:

Таблица услуг без цен

в *Обществе с ограниченной ответственностью Центр восстановительной медицины и реабилитации «Долголетие»* (далее – «Медицинский центр»). Уполномочиваю медицинского работника: Врач (полностью) осуществить мне (представляемому лицу) магнитно-резонансное исследование, мне разъяснена и мною осознана следующая информация:

1. Я получил (а) от сотрудников Медицинского центра полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи и даю при этом свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг в Медицинском центре и готов их оплатить.
2. Для целей проведения диагностического исследования на магнитно-резонансном томографе (МРТ), назначенного мне лечащим врачом, сообщаю о себе (о Пациенте, законным представителем которого являюсь) следующие сведения:  
Вес \_\_\_\_\_ кг
3. Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях.
4. Мне разъяснено и мной осознано, что перечисленные ниже предметы могут быть опасны во время МРТ исследования или выйти из строя. Ниже я отмечаю, те предметы, которые касаются меня и даю свое согласие на прохождение процедуры МРТ с ними:

Кардиостимуляторы и провода отведений _____	Ферромагнитные клипсы аневризм головного мозга _____	Суставные протезы _____
Имплантированные нейростимуляторы _____	Искусственный сердечный клапан _____	Металлическая сетка _____
Инородные тела/частицы металла в глазах _____	Металлические спицы, пластины, штифты, винты _____	Аортальные клипсы _____
Инсулиновый насос _____	Слуховые аппараты и импланты _____	Пирсинг _____
Прочее _____		

5. Мне разъяснено, что в шкафу для личных вещей необходимо оставить: карты с магнитной полосой, съемные зубные протезы, слуховые аппараты, ювелирные изделия, металлические застёжки, ремни с металлическими частями, ручки, карандаши, металлические инструменты, очки, часы, кошелек, монеты, бюстгальтер, шпильки, заколки. Мне известно, что электронные устройства, вносимые в процедурную МРТ, выходят из строя; нахождение в моем организме, на моем теле, одежде металла и изделий его содержащих может вызвать повреждение мягких тканей сосудов и внутренних органов с возможным развитием кровотечения, нарушения функции органа, следствием которых может быть нанесение вреда здоровью, инвалидизация и даже смерть.

\_\_\_\_\_ ФИО пациента \_\_\_\_\_ дата подписания ИДС: Текущая дата г.

6. Я понимаю, что во время проведения диагностического исследования я буду лежать в ограниченном пространстве на столе, 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.

7. Я проинформирован, что по результатам исследования мне будет выдано заключение на бумажном носителе и пленка со снимками или в электронном виде на диске (в случае дополнительной оплаты). 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.

8. Мне разъяснено, что для повышения информативности исследования может потребоваться введение контрастного вещества, для чего будет необходим один укол иглой в вену. Контрастный препарат вводится внутривенно, не содержит йод. Эта процедура может быть связана с некоторым дискомфортом, включая возможное проявление кровоподтека на месте укола, а также возможна аллергическая реакция (сыпь, тошнота, рвота, затруднение дыхания), а также иные непредвиденные последствия вплоть до потери трудоспособности и летального исхода. Обо всех возможных негативных последствиях я информирован и согласен с проведением указанного исследования. На введение контрастного вещества согласен / согласна

\_\_\_\_\_ ФИО пациента

дата подписания ИДС: Текущая датаг.

9. Мне разъяснено, что при проведении диагностических исследований детям до 15 лет и взрослым по медицинским показаниям требуется применение анестезиологического пособия квалифицированным врачом-анестезиологом. При этом оформляется отдельное информированное добровольное согласие на проведение анестезии.

10. Мне разъяснено, что заключение (описание результата исследования) не является постановкой окончательного диагноза и в любом случае требует консультации с лечащим врачом.

11. Мне разъяснено, что данное согласие я могу отозвать в любое время до начала диагностического исследования.

12. Решение о проведении мне диагностического исследования принято мной добровольно, без навязывания мне чьей-либо воли.

Я удостоверяю, что текст моего информационного добровольного согласия мною прочитан, я задал все интересующие меня вопросы, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют. Потому, сознавая все вышеизложенное, я даю ООО ЦВМР «Долголетие» добровольное согласие на проведение МРТ исследования.

\_\_\_\_\_ ФИО пациента

дата подписания ИДС: Текущая дата г.

Я информирован о том, что результаты исследования (CD-диск, текстовое заключение и изображения на пленке) необходимо забрать в течение 2х недель после исследования, в противном случае получение дубликатов возможно только за дополнительную плату.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 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 (снимки, диски, заключение) или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе после смерти:

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_ ФИО пациента

телефон: Телефон пациента e-mail: Email пациента

\_\_\_\_\_ ФИО медработника

дата оформления ИДС Текущая дата г.