****

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

**(проведение магнитно-резонансной томографии)**

Я, пациент (ФИО)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, карта 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) |

в рамках договора об оказании платных медицинских услуг желаю получить платные медицинские услуги в Обществе с ограниченной ответственностью «Европейский медицинский центр «УГМК-Здоровье» (далее – «Медицинский центр») при этом 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:

Дата рождения Пациента (число/месяц/год):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Вес\_\_\_\_\_\_\_кг

Область исследования\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наличие аллергии (перечислить аллергены):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Проводилось ли Вам МРТ раньше? Да/Нет (нужное обвести)

Какие хирургические операции Вам проводились?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата и вид операции\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

□ Имплантированные нейростимуляторы

□ Искусственный сердечный клапан

□ Инородные тела/частицы металла в глазах

□ Металлические спицы, пластины, штифты, винты

□ Суставные протезы

□ Металлическая сетка

□ 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 аппарты, ювелирные изделия, металлические застежки, ремни с металлическими частями, ручки, карандаши, металлические инструменты, очки, часы, кошелек, монеты, бюстгалтеры, 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.

Подпись Пациента (законного представителя Пациента) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. 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.

Ранее реакций на данный тип контраста у меня не наблюдалось, противопоказаний к введению контрастного препарата (почечная/печеночная недостаточность) не имею. На введение контрастного вещества согласен/согласна

Подпись Пациента (законного представителя Пациента) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. 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.

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

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

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

О состоянии моего здоровья разрешаю сообщать \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пациент (законный представитель пациента) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество) (подпись) (дата)

Врач: Зав. отделением лучевой диагностики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***Карташова Ольга Михайловна***

Я информирован о том, что результаты исследования (CD-диск, текстовой заключение и изображения на пленке) необходимо забрать в течение двух месяцев после исследования, в противном случае получение дубликатов возможно только за дополнительную плату. Результаты исследования обязуюсь забрать лично/ доверяю забрать\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указать кому)

Подпись Пациента (законного представителя Пациента)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_