**ООО «Диагностический центр «Энерго»**

**Информированное добровольное согласие на оказание медицинских услуг**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрирован по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ДАЮ свое согласие на проведение профилактики, диагностики и лечения:

**Компьютерно-томографическое исследование**

Я проинформирован(а) о сущности данного исследования и о том, что оно сопровождается рентгеновским излучением. Я также информирован(а) о приблизительной лучевой нагрузке (дозе), которую я получу в процессе исследования. Я проинформирован(а) об альтернативных данному виду методах диагностики и преимуществах данного вида. Я подтверждаю, что не страдаю заболеваниями и не принимаю никаких лекарственных и иных химических веществ, которые могут осложнить проводимое исследование.

**Для женщин**: Я подтверждаю, что на момент исследования не имею беременности, так как информирована о вредном воздействии рентгеновского излучения на развитие плода.

Я информирован(а) о возможной необходимости проведения дополнительного исследования с внутривенным введением йодсодержащего рентгеноконтрастного вещества и ДАЮ СВОЕ СОГЛАСИЕ на его введение. Я подтверждаю, что не имею аллергической реакции на йодсодержащие препараты. Я проинформирован(а) о возможных осложнениях при введении контрастирующего вещества и о возможных их последствиях для моего здоровья, а также о медицинских мероприятиях, которые могут быть следствием развития подобных осложнений. Я проинформирован(а), что возможным осложнением при введении контрастирующего препарата может быть экстравазация сосуда (разрыв стенки сосуда в месте инъекции) на фоне которой контрастирующий препарат может проникать в мягкие ткани в зоне проведения инъекции.

Я проинформирован(а) о возможных осложнениях при введении контрастирующего препарата, в виде развития острой почечной недостаточности, особенно на фоне хронической почечной недостаточности, о чем я обязан(а) сообщить врачу и предоставить анализ с указанием содержания креатинина в крови со сроком проведения данного лабораторного исследования не более 7 дней до даты проведения КТ.

Настоящим я доверяю врачам кабинета КТ проводить Компьютерную томографию.

**Магнитно-резонансная томография (МРТ)**

Я проинформирован(а), что МРТ является методом диагностического исследования, об альтернативных данному виду методах диагностики и преимуществах данного вида.

Мне известно, что нахождение в моем организме металла и его изделий (кардиостимуляторы, нейростимуляторы, клипсы аневризм головного мозга, аортальные клипсы, искусственный сердечный клапан, инсулиновый насос, слуховые аппараты, шунты, внутриматочные средства, суставные протезы, костно-суставные спицы, металлические пластины, штифты, винты, стержни или зажимы, протезы, металлическая сетка, съемные зубные протезы, кохлеарные имплантаты, шрапнель, металлические частицы в глазах и прочие металлические предметы) может вызвать повреждение мягких тканей, сосудов, нарушение функции поврежденных органов, причинение вреда здоровью, инвалидизацию и даже смерть. В таких случаях, возможно, мне потребуется оказание медицинской помощи.

Для женщин: Я подтверждаю, что на момент исследования не имею беременности, так как информирована об отсутствии достоверных научных данных о влиянии магнитного поля на развитие плода.

Я информирован(а) о возможной необходимости проведения дополнительного исследования с внутривенным введением контрастирующего вещества и ДАЮ СВОЕ СОГЛАСИЕ на его введение. Я проинформирован(а) о возможных осложнениях при введении контрастирующего вещества и о возможных их последствиях для моего здоровья, а также о медицинских мероприятиях, которые могут быть следствием развития подобных осложнений. Я проинформирован(а), что возможным осложнением при введении контрастирующего препарата может быть экстравазация сосуда (разрыв стенки сосуда в месте инъекции) на фоне которой контрастирующий препарат может проникать в мягкие ткани в зоне проведения инъекции.

Настоящим я доверяю врачам кабинета МРТ проводить Магнитно-резонансную томографию.

**Компьютерно-томографическое исследование/ Магнитно-резонансная томография (МРТ)**

Я проинформирован(а) о том, что окончательное решение для введения или невведения контрастирующего препарата принимает врач-рентгенолог, взяв во внимание мой анамнез, физическое состояние здоровья, а также иные факторы, выявленные во время проведения исследования МРТ/КТ, и ДАЮ СВОЕ СОГЛАСИЕ на проведение МРТ/КТ исследования с учетом мнения и окончательного решения врача-рентгенолога.

Я проинформирован(а), что после проведения КТ/МРТ исследования обязательным является посещение профильного клинического врача (лечащего врача), который на основании обследования устанавливает диагноз и определяет методику дальнейшего лечения и обследования (в случае необходимости).

Я проинформирован(а): что основная задача врача-рентгенолога качественно провести исследование и сделать описание; окончательный диагноз устанавливает лечащий врач по совокупности данных, полученных посредством сбора и анализа моих жалоб, данных анамнеза и осмотра, проведения лабораторных, инструментальных, гистологических и иных исследований; трактовка результатов проведенного исследования осуществляется лечащим врачом в целях установления окончательного клинического диагноза и выработки мероприятий по лечению. МРТ/КТ исследования, являются лишь одним из видов обследования пациента в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи.

Я проинформирован(а), что устная консультация и разъяснение описания исследования, не входит в данную медицинскую услугу.

**Опрос, выявление жалоб, сбор анамнеза.**

Я даю свое согласие на проведение опроса, выявление жалоб, сбор анамнеза

Я проинформирован, что отсутствие направления лечащего врача и/или конкретных жалоб, усложняет описание заключения врачом-рентгенологом и делает его менее объективным.

* Направление: предоставлено / не предоставлено **(Нужное подчеркнуть).**
* Жалобы пациента:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(заполняется пациентом самостоятельно)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Вес** | **Рост** | **Температура тела** | **Общее текущее самочувствие**  **(удовлетворительное/ неудовлетворительное)** |
|  |  |  |  |

**(заполняется пациентом самостоятельно)**

* Я проинформирован(а), что МРТ/КТ исследование осуществляется согласно четко сформулированным показаниям, которые могут быть отражены в соответствующих документах, в том числе в направлении/заключении лечащего врача, однако в связи с отсутствием данных документов НАСТАИВАЮ на проведении мне МРТ/КТ исследования. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(подпись пациента)**

* Я проинформирован(а), что для более объективного и качественного МРТ/КТ исследования необходимо введение контрастирующего вещества (при отсутствии противопоказаний).
* Я отказываюсь /согласен, ввести контрастирующее вещество **(Нужное подчеркнуть).**

Я проинформирован(а), что сотрудники ООО «Диагностический центр «Энерго» не принимают и не оставляют у себя на хранение/передачу/копирование/сканирование результаты любых обследований и прочую медицинскую документацию из сторонних медицинских учреждений.

В соответствии с ч.3 ст.13 Федерального Закона от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации, даю согласие на передачу сведений, составляющих врачебную тайну

гр. (ФИО) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

гр. (ФИО) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_>;

медицинским и иным учреждениям, с которыми у ООО «Диагностический центр «Энерго» имеются договорные отношения об оказании медицинской помощи (предоставлении медицинских услуг), а также передачу указанных выше сведений по электронным каналам связи на адреса электронной почты:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (и\или) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено мне медицинскими работниками ООО «Диагностический центр «Энерго». Мое согласие является свободным и основано на полученной мной достаточной информации. Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное. Мое решение провести исследование является добровольным, что я удостоверяю своей подписью.

Подпись пациента, дающего согласие: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Медицинский работник, получивший согласие

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника, подпись)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.