Приложение№11
к Приказу ГАУЗ ДГКБ №8 г Челябинска
№257 от 10.09.2021г

Добровольное информированное согласие на проведение МРТ исследований, в т.ч. с контрастным усилением в ГАУЗ ДГКБ №8 г Челябинска

Я _____
(фамилия, имя, отчество - полностью)
_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:
Я_____,паспортсерия_____№_____,
выдан:_____
Для представителя, действующего по доверенности : Доверенность №_____ от
«_____»_____20_____г.
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения)

Настоящим подтверждаю, что в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказом Министерства здравоохранения РФ от 20 декабря 2012 года №1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства», в соответствии с моим волеизъявлением в понятной для меня форме проинформирован(а) о целях и методе проведения МРТ исследования в т.ч. МРТ исследования с контрастным усилением, которое может быть проведенодополнительнопо показаниям, мне (представляемому мной лицу),связанных с ним риском, последствиями и осложнениями, которые могут развиться во время или после данного исследования, о дополнительных вмешательствах (лечении), какие могут потребоваться при возникновении осложнений.
-Я добровольно даю согласие на проведение компьютерной томографии мне (представляемому мной лицу), в т.ч. с внутривенным введением контрастного препарата и на выполнение дополнительного вмешательства или лечения в случае возникновения непредвиденных ситуаций во время или после исследования.

_____
(название зоны и методики исследований при проведении МРТ)
-Я информирован(а) о принципах данного исследования на основевоздействия магнитного поля и радиочастотных импульсов. При МРТ не используется ионизирующее излучение, обладающее эффектами канцеро- и мутагенеза, поэтому этот вид исследования считается наиболее безопасным. Я информирован (а) о наличии альтернативных методов диагностики, преимуществах и недостатках данного вида исследования.

-Я информирован(а) о возможных осложнениях при введении контрастного вещества (инъекция любого препарата таит в себе определенный риск, связанный с повреждением нерва, артерии или вены, с возникновением инфекционных осложнений или побочной реакции на введение контрастного препарата, которые редки, чаще всего проявляются в виде тошноты, рвоты, высыпаний на коже, жара; крайне редко могут возникнуть более серьезные реакции на контрастный препарат, степень их выраженности различна, особенно опасен анафилактических шок и индивидуальная непереносимость конкретного рентгенконтрастного вещества, летальный исход на введение контрастного вещества по данным мировой практики составляет 1: 175000).
- Мне разъяснено, что высокую степень риска возникновения побочных реакций на внутривенное введение контрастного препарата имеют пациенты с умеренной или тяжелой «аллергоподобной» реакцией на введение контрастного препарата в анамнезе, которая требовала неотложной помощи; пациенты с аллергической реакцией в анамнезе (в т.ч. на лекарства, на пищевые продукты); пациенты с бронхиальной астмой и имеющие тяжелые приступы в анамнезе;пациенты с выраженной сердечно-сосудистой недостаточностью, заболеваниями щитовидной железы (тиреотоксикоз),тяжелыми заболевания почек, особенно при наличии сахарного диабета.

-Я информирован(а) о проведении МРТ исследования в т.ч. с внутривенным введением контрастного вещества и даю согласие на его введение _____
(название контрастного вещества)

-Я целиком и полностью доверяю врачам в тактике лечения возможных осложнений, связанных с проведением магнитно-резонансной томографии (МРТ), в т.ч. введением контрастного препарата.
-Я извещен(а) о клиническом профиле медицинской организации, в которой будет проводиться магнитно-резонансной томография (МРТ), и о проводимой в нем преподавательской и научно-исследовательской работе и согласен(на) не согласен(на) на анонимное использование (опубликование) результатов моего (представляемого мной лица) обследования в научных и учебных целях.
- Я согласен (на)/ не согласен (а) на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны;
-Я подтверждаю, что сообщил(а) достоверную информацию, связанную со здоровьем, физическим и психическим состоянием моего здоровья (здоровья представляемого мной лица), а также перенесенными ранее заболеваниями и аллергическими реакциями.

-Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о результатах обследования моим родственникам, законным представителям, гражданам:
_____
(указать Ф.И.О., контактный телефон)

-Я даю свое согласие на передачу, обработку и хранение своих личных данных /личных данных представляемого мной лица, чьим законным представителем или опекуном я являюсь, в Едином радиологическом информационном сервисе (ЕРИС) в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Я,_____
(ФИО пациента/законного представителя пациента)
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

_____
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения)

получил (а) полную информацию о МРТ, необходимой для постановки точного диагноза и выбора адекватного метода лечения моегозаболевании (заболевания представляемого мной лица), возможных рисках применения магнитного поля и радиочастотного неионизирующего излучения, внутривенного контрастного усиления,
-Я подтверждаю своей подписью, что прочитал(а) вышеизложенную информацию.Информация и используемая медицинская терминология мне понятны, и я осознанно даю добровольное согласие на **проведение мне (представляемому мной лицу)магнитно-резонансной томографии (МРТ) на аппарате с напряженностью поля 1,5 Тесла, в т.ч. с внутривенным введением гадолиний-содержащего контрастного препарата**(нужное подчеркнуть).

_____ _____
(подпись) (Ф.И.О. пациента или законного представителя пациента)

___ _____ _____
(подпись) (Ф.И.О. врача-рентгенолога)

"____" _____г.
(дата оформления)

Примечание:

Согласие на медицинское вмешательство (операцию) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения с учетом состояния здоровья пациента.

В отсутствии законных представителей а также в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, решение о проведении медицинского вмешательства принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно анестезиолог-реаниматолог и лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением зам.главного врача/зав.отделением, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача /законных представителей.
"__" _____ 20__ года. Подпись пациента/законного представителя |_____ |

Расписался в моем присутствии:
Врач _____ (подпись) |_____ |
(должность, И.О. Фамилия)
Дополнительная информация:
_____
_____
_____

Консилиум врачей в составе:
Должность, Ф.И.О. и подпись _____
Должность, Ф.И.О. и подпись _____
Должность, Ф.И.О. и подпись _____