**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

 **НА ПРОВЕДЕНИЕ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ**

Дата «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ уведомлен о том, что

*(Ф.И.О. пациента)*

|  |
| --- |
| Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_паспорт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)* |

Мне/представляемому лицу назначена магнитно-резонансная томография (МРТ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

*(указать область, вид исследования)*

Я подтверждаю, что мне в доступной и понятной форме разъяснены особенности исследования, а также наличие возможного риска при проведении исследования.

Я подтверждаю отсутствие у меня в теле любых металлических инородных тел, кардиостимулятора, ферромагнитных имплантатов (протезы внутреннего уха, тазобедренного сустава, клипсы на кровеносных сосудах и т.д.); отсутствие беременности и подтверждаю свое согласие на выполнение мне исследования МРТ

* Подпись пациента (законного представителя пациента)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

**ПРИ НАЛИЧИИ МЕТАЛЛИЧЕСКИХ ИМПЛАНТОВ:**

(вопрос о возможности проведения исследования решается в индивидуальном порядке врачом кабинета на основании представленной медицинской документации)

что мне/представляемому установлены следующие имплантаты (указать тип - стент, клипса, фиксирующая конструкция, кава-фильтр, клапан и т.д.), дату установки и наличие паспорта на имплантат.

1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В случае отсутствия документации на установленные имплантаты, либо отсутствия в предоставленной документации сведений о безопасности выполнения МРТ с данным имплантатом я понимаю, что назначенное мне исследование не безопасно, так как установленные имплантаты могут сместиться под воздействием магнитного поля и/или нагреться под воздействием радиочастотных импульсов.

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 и подтверждаю выполнение мне исследования МРТ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

*(указать вид обследования)*

В случае возникновения у меня осложнений после проведения исследования, претензий к учреждению иметь не буду.

* Подпись пациента (законного представителя пациента)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

**ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МРТ С КОНТРАСТНЫМ УСИЛЕНИЕМ:**

 Контрастные вещества считают достаточно безопасными, но могут возникать редкие реакции которые проявляются тошнотой, рвотой, чиханием, сыпью на коже. У некоторых пациентов **риск появления осложнений** значительно выше, к ним относятся:

- лица, которые ранее имели осложнения при введении контрастного препарата;

- пациенты с аллергическими реакциями, и, особенно, страдающие бронхиальной астмой;

- пациенты с тяжелыми заболеваниями сердца;

- пациенты с заболеваниями почек;

- пациенты с эпилепсией либо с повышенной судорожной готовностью;

- пациенты, принимающие В-адреноблокаторы;

- пациенты с анемиями, гемоглобинопатией, печеночной недостаточностью.

 **Абсолютными противопоказаниями** к в/в введению контрастного препарата являются почечная недостаточность со скоростью клубочковой фильтрации менее 30мл/мин. и состояние после трансплантации печени. **Я уведомлен, что если я отношусь к одной из вышеперечисленных категорий, мне необходимо сообщить об этом врачу**.

 Я подтверждаю, что мне в доступной и понятной форме разъяснены особенности исследования, а также наличие возможного риска при проведении исследования.

Я подтверждаю, выполнение мне исследования МРТ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(указать вид обследования)*

с контрастным веществом\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

и даю согласие на проведение необходимых лечебных медицинских мероприятий в случае возникновения у меня осложнений при проведении исследования.

* Подпись пациента (законного представителя пациента)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

**Для уточнения Вашего состояния, наличия противопоказаний к проведению МРТ, просим Вас внимательно ознакомиться с анкетой и ответить на поставленные вопросы:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **да** | **нет** |
| Подвергались ли вы операциям? |  |  |
| У Вас когда-либо было ранение глаза и\или тела металлическим объектом (например, металлические осколки, стружка, инородные тела и т.п.)? |  |  |
| Есть ли у Вас клаустрофобия? (боязнь замкнутого пространства) |  |  |
| Есть ли у Вас анемия или другие заболевания крови? |  |  |
| Имеете ли вы диагноз «эпилепсия», «инфаркт», «инсульт», «хроническая сердечная недостаточность»? |  |  |
| Были ли у Вас (или есть) онкологические заболевания? Проходите (или проходили ранее) ли Вы химиотерапию, лучевую терапию? |  |  |
| Были ли у Вас заболевания почек, астма или аллергические реакции на какие-либо вещества? |  |  |
| Была ли у Вас когда-либо реакция на контрастный препарат, применяемый при МРТ или КТ? |  |  |
| Беременны ли Вы, или подозреваете беременность? Кормите ли Вы грудью? |  |  |
| Принимаете ли Вы оральные контрацептивные препараты, проходите ли Вы гормональное лечение? |  |  |
| Состоите ли вы на учете у психиатра, психоневролога, нарколога? |  |  |

**Укажите, есть ли у Вас что-либо из ниже перечисленного:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **да** | **нет** |
| Водитель сердечного ритма, Протез сердечного клапана |  |  |
| Имплантированный сердечный дефибриллятор |  |  |
| Сосудистые клипсы |  |  |
| Нейростимулятор |  |  |
| Имплантированный инсулиновый насос |  |  |
| Металлическое устройство фиксации шеи и/или позвоночника |  |  |
| Слуховой аппарат, ушной протез |  |  |
| Любой тип внутрисосудистых фильтров, сеток и т.п. |  |  |
| Протез орбиты/глаза |  |  |
| Любой тип хирургического клипа (скрепки) |  |  |
| Внутрижелудочковый шунт |  |  |
| Любой имплантированный ортопедический объект (например, искусственный сустав, штифт, шуруп, пластина, проволока и т.п.) |  |  |
| Зубные протезы |  |  |
| Татуировка линии глаз или на коже другой области тела, дермальные пластыри? |  |  |
| **Если было отмечено хотя бы одно «ДА», МР-исследование может быть противопоказано.** |

Я даю согласие ООО «Институт Здоровья» на обработку моих биометрических персональных данных – томограмм, электроэнцефалограмм, протоколов и фотографий (далее ПД), путем сбора, записи, систематизации, накоплении, хранения, уточнения (обновления, изменения), извлечения, использования, передачи (распространения, предоставления, доступа, трансграничной передачи), обезличивания, блокирования, удаления, уничтожения и любых других действий с ПД. ООО «Институт Здоровья» вправе обрабатывать предоставленные томограммы и фотографии как посредством хранения документов и иных материалов на бумажных носителях, так и посредством включения их в учетные системы/электронные базы ООО «Институт Здоровья» (путем смешанной обработки). Настоящее согласие выдано без ограничения срока действия с правом отзыва в любое время путем направления мной в адрес ООО «Институт Здоровья» соответствующего письменного заявления.

* Подпись пациента (законного представителя пациента)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/