Информированное добровольное согласие

на медицинское вмешательство при получении платных медицинских услуг

Я, \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ года рождения, адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_, данные документа удостоверяющего личность \_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_, тел: \_\_\_\_\_\_, даю информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг мной или лицом, законным представителем которого я являюсь \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ года рождения, адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_, данные документа удостоверяющего личность \_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_, тел: \_\_\_\_\_\_ в Обществе с ограниченной ответственностью «Биокор Клиник» ОГРН 1145836004214, ИНН 5836663306, адрес места нахождения: 440026, Пензенская область, г. Пенза, ул. Лермонтова, д. 3, пом. 148, лицензия на осуществление медицинской деятельности от 12.03.2020 г. № Л041-01166-58/00341850, предоставлена Министерством здравоохранения Пензенской области, расположенным по адресу: 440018, Пензенская область, г. Пенза, ул. Пушкина, д. 163, тел.: [8 (841) 2488101](https://www.google.com/search?q=министерство%20здравоохранения%20пензенской%20области&sca_esv=572530057&rlz=1C1GCEU_ruRU1004RU1004&ei=7aAmZcSuH4XQwPAP5dquuAs&ved=0ahUKEwiE2cDoiu6BAxUFKBAIHWWtC7cQ4dUDCBA&uact=5&oq=министерство%20здравоохранения%20пензенской%20области&gs_lp=Egxnd3Mtd2l6LXNlcnAiW9C80LjQvdC40YHRgtC10YDRgdGC0LLQviDQt9C00YDQsNCy0L7QvtGF0YDQsNC90LXQvdC40Y8g0L_QtdC90LfQtdC90YHQutC-0Lkg0L7QsdC70LDRgdGC0LgyERAuGIMBGK8BGMcBGLEDGIAEMgUQABiABDIFEAAYgAQyBRAAGIAEMgUQABiABDIFEAAYgAQyBRAAGIAEMgUQABiABDIFEAAYgARIlU9Q3gZY1E1wAngBkAEAmAFqoAGzIKoBBDQ0LjS4AQPIAQD4AQHCAgoQABhHGNYEGLADwgIHEAAYigUYQ8ICCxAAGIAEGLEDGIMBwgILEAAYigUYsQMYgwHCAhEQLhiABBixAxiDARjHARjRA8ICCxAuGIoFGLEDGIMBwgILEC4YgAQYsQMYgwHCAggQABiABBixA8ICChAuGIoFGLEDGEPCAg0QABiKBRixAxiDARhDwgILEC4YgAQYxwEYrwHCAhMQLhgNGIMBGK8BGMcBGLEDGIAEwgIKEAAYDRiABBixA8ICBxAAGA0YgATiAwQYACBBiAYBkAYI&sclient=gws-wiz-serp), срок действия лицензии: бессрочно, перечень оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности: при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, сестринскому делу, при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, ультразвуковой диагностике.

Медицинским работником: Врач-рентгенолог Мышляев Илья Александрович

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, 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 или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

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

Сегодня мне (пациент / уполномоченный представитель) была врачом предоставлена информация о предложенных медицинских услугах, заключенных в медицинской процедуре / медицинских процедурах, которая/-ые может/могут быть мне предоставлена/-ны. Речь идет о:

Исследование на магнитно-резонансном томографе

Перед обследованием: Для большинства МРТ не нужна дополнительная подготовка. За два часа до обследования не есть и не пить. Однако, если необходимо исследование области желудочно-кишечного тракта (MРТ энтерографии) необходимо очистка кишечника по инструкциям врача. В ходе обследования может быть введено внутривенно контрастное вещество, это решает врач. После внутривенного введения контрастного вещества, может возникнуть ощущение тепла, тошнота или учащенное сердцебиение. Это сопутствующие проявления действия контрастного вещества. Аллергические реакции на контрастное вещество встречаются очень редко. Исследование проводится в очень сильном магнитном поле, поэтому необходимо оставить часы, ключи, металлические монеты, ювелирные украшения, заколки, слуховые аппараты, очки, зубные протезы, кредитные карты, мобильный телефон, фиксирующие шины, протезы и др.

Если у вас есть кардиостимулятор или дефибриллятор имплантированный кохлеарный имплантат Вы не можете быть проходить обследование на МРТ! Предупредите лаборантов!

Если вы имеете любые электронные или металлические имплантаты или инородные части, это не означает, что Вы автоматически не можете быть обследованы на MРТ. Этот факт, однако, необходимо всегда и заранее до обследования сообщить лаборантам МРТ, которые примут решение с профессиональной точки зрения, можете ли Вы пройти данное обследование.

Процесс обследования: проходит в положении лежа, где находитесь в очень сильном магнитном поле. Диагностический стол транспортируется в гантри, что является пространством между магнитами и датчиками внутри устройства (так называемый "туннель"), где вы лежите на протяжении 15-45 мин. (в зависимости от требуемого исследования). Необходимо находиться в расслабленном состоянии, не шевелясь. Каждое движение приведет к неправильным результатам обследования. Во время обследования Вы не должны двигаться и требуется определенная степень сотрудничества (например задержка дыхания).

После обследования: Нет никаких ограничений, вы можете сразу уйти, управлять автомобилем, если Вам не вводилось успокоительное.

Важная информация, которую должен предоставить пациент:

 Аллергия:

1) контрастные вещества

2) лекарства, а именно ……………………………….

3) пыльца

4) укус насекомого

5) другие, укажите какие ………………………………

Металл в теле:

1) кардиостимулятор

2) металлический сердечный клапан

3) ушной (кохлеарный) имплантат

4) замена сустава, металлические детали после перелома

5) металлические зажимы после операций на мозге, сосудах и других операций

6) металлические осколки в глазу или в других местах тела

7) пирсинг

8) кавальный фильтр

9) стенты, крепления сосудов

10) другие электронные устройства в теле ………………………

11) грудные имплантаты у женщин

12) имплантаты полового члена у мужчин

13) другое, укажите что ………………………………

Заболевания:

1) почек

2) щитовидной железы

3) трансплантация печени

4) зубной мост, брекеты, протезы

5) клаустрофобия

6) бронхиальная астма, глаукома

7) другие серьезные заболевания, укажите какие ………………………………

8) для женщин – беременность □ ДА □ НЕТ □ НЕ ЗНАЮ

В случае, если Вы отметите один из пунктов, предупредите об этом персонал!

Я был проинструктирован о том, что вместо вышеуказанного рекомендованного врачом исследования можно провести: Компьютерная томография (КТ) или ультрасонография.

Я предупрежден, что рекомендованное врачом исследование по сравнению с указанными альтернативами обладает следующими преимуществами: Не обладает радиационной нагрузкой, позволяет получить комплексную информацию об исследуемой области.

Но в то же время существуют следующие минусы: Исследование требует времени, наличие повышенного шума во время исследования, необходимость лежать неподвижно. Пациентам с боязнью закрытого пространства может быть тяжело лежать в устройстве гантри.

Также я был проинструктирован о том, что рекомендованная врачом процедура обладает следующими возможными нежелательными последствиями: Серьезным побочным явлением внутривенной подачи контрастного вещества может стать аллергическая реакция, которая может проявиться также и у пациентов, уже проходивших исследование с применением контрастного вещества. Риск аллергической реакции на контрастное вещество при МР является чрезвычайно редким. После исследования пациент идет домой или в стационар.

Я принимаю во внимание, что после проведения указанной медицинской процедуры, у меня будут следующие ограничения в привычном образе жизни и трудоспособности: никаких ограничений нет.

Я был предупрежден о том, что я могу отозвать свое согласие на проведение медицинских услуг, то есть отказаться от медицинского вмешательства.

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Я заявляю, а также приведенной ниже собственной подписью подтверждаю, что врач, который меня инструктировал, лично объяснил мне все содержание настоящего письменного информированного согласия, и я имел возможность задать ему вопросы, на которые он мне должным образом ответил.

Я даю информированное добровольное согласие на проведение медицинской процедуры: исследование на магнитно-резонансном томографе.

Я заявляю, что приведенные выше инструкции были мне понятны, и я согласен с проведением медицинской процедуры: Исследование на магнитно-резонансном томографе

своей подписью мы подтверждаем, что мы получили соответствующую информацию, и что вышеуказанная информация была предоставлена пациенту в должном объеме и форме.

 (подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Мышляев Илья Александрович |
|  (подпись) |  | (Ф.И.О. медицинского работника) |

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.