**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

(проведение магнитно-резонансной томографии)

г. Санкт-Петербург \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / 2022г.

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_ г.р., (Ф.И.О. пациента полностью,) зарегистрированный (ая) по адресу :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в соответствии со ст. ст. 19, 20 и 22 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» информирован о необходимости медицинского обследования меня/лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) и даю добровольное согласие наследующие виды диагностических исследований в ООО "ДМГ-Клиник".

метод исследования - МРТ (способ получения медицинских изображений для исследования внутренних органов и тканей с использование явления ядерного магнитного резонанса, с помощью специального медицинского аппарата-магнитно-резонансного томографа);

область исследования\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

контрастное вещество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (да/нет) (при назначении исследования с использованием контрастного вещества, пациент дополнительно дает информирование согласие на внутривенное введение контрастного препарата по утвержденной в ООО "ДМГ-Клиник" форме и прилагаемое к настоящему согласию.

Мне разъяснено, что магнитно-резонансная томография может быть достаточно информативной и эффективной только в случае выполнения мной определенных условий: я подтверждаю, что достоверно проинформировал(а) врача об отсутствии в моем теле таких предметов, как искусственный водитель сердечного ритма, клипсы сосудов головного мозга, имплантат в ухе, искусственный глаз или имплантат в орбите, электростимулятор нервов или мышц, пуля, осколки, шрапнель и т.п., любых металлизированных имплантатов, имплантированных в сосуды фильтров, спиральных эмболов (койлоа), инжекторов и т.п.., искусственного сустава или иных ортопедических протезов либо приспособлений, сердечных клапанов, шунтов, стентов, стоматологических протезов (съемных), внутриматочных металлических контрацептивов и т.п. и магнитных свойствах этих предметов. Я подтверждаю, что достоверно проинформирован(а), о том, что следующие предметы могут быть причиной травмы в сильном магнитном поле и поэтому их необходимо оставить перед входом в кабинет (ценные вещи сдать администратору в сейф): слуховой аппарат, зубной и др. съемные протезы, очки., часы, мобильный телефон, плеер и пр. электронные устройства, булавки, заколки в волосах, парики, шиньоны, драгоценности (кольца, серьги и т.д.), кошелек, портмоне, кредитные карты, ремень, записная книжка, ежедневник, ручка и пр. письменные принадлежности, ключи, монеты, карманный нож, подтяжки, одежда с металлическими пуговицами и кнопками, а также все не перечисленные выше посторонние предметы.. Я подтверждаю, что достоверно проинформирован(а), о том, что для получения качественного результата сканирования мне необходимо сохранять полную неподвижность исследуемого участка тела; при исследовании брюшной полости внимательно слушать и выполнять команды оператора по задержке дыхания; не волноваться, т.к. во время исследования возникают громкие и резкие «металлические» звуки - это нормальный режим работы томографа. Я подтверждаю, что достоверно проинформирован(а), о том. что для получения качественного результата ряда исследований мне необходимо было провести подготовку, которая заключается при исследовании брюшной полости в исключении из употребления в пищу грубой клетчатки, черного хлеба, газированных напитков и кисломолочных продуктов за сутки, прием активированного угля, но-шпы, проведение сканирования натощак; при исследовании малого таза у женщин - подготовка аналогичная исследованию брюшной полости и дополнительно очистительная клизма вечером накануне проведения исследования (важно: сканирование проводится вне менструаций, желательно в 4-12 дни цикла, не мочиться за час до сканирования); при исследовании малого таза у мужчин - подготовка аналогичная таковому брюшной полости и дополнительно - естественное опорожнение кишечника или очистительная клизма вечером накануне проведения исследования.. Я подтверждаю, что достоверно проинформировал(а) врача об известных мне заболеваниях и оперативных вмешательствах, в том числе в области исследований, аллергических реакциях, индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, а так же наличии беременности.

Я подтверждаю, что врачом медицинской организации и моим лечащим врачом мне разъяснена возможность проведения моего исследования без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в государственных лечебно-профилактических учреждениях. Я согласен(на) оплатить исследование, я получил(а) информацию о стоимости исследования, о правилах его оплаты и документах, подтверждающих этот факт. Я признаю необходимость оплаты исследования по ценам действующего перечня платных медицинских услуг до выдачи мне результата, в том числе при возникновении расхождений между направлением моего лечащего врача, моей медицинской страховой организацией и тем, что я лично считаю необходимым провести и/или мне рекомендовано врачом.

В отдельных случаях мне может быть предложено проведение исследования с контрастным усилением (контрастное вещество за отдельную плату). В случае моего отказа информативность исследования может быть значительно снижена.

Я даю разрешение врачу на проведение консилиума врачей и консультацию других специалистов в целях оказания мне квалифицированной медицинской помощи.

Я осведомлен, что заключение магнитно-резонансной томографии не является диагнозом и требует дальнейшей интерпретации моего лечащего врача/профильного специалиста.

Я удостоверяю , что текст моего информационного добровольного согласия мною прочитан, я задал все интересующие меня вопросы, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

 Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 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), в том числе после смерти:

|  |
| --- |
|  |
| ( фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон) |
|   |
| ( фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон) |

Я ознакомлен(а) со всеми положениями настоящего информированного согласия, вышеуказанная информация мне разъяснена и понятна, что подтверждаю своей подписью:

**ФИО пациента**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Врач-рентгенолог: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/