

Анкета пациента для проведения магнитно-резонансной томографии (МРТ) (применима для исследований с внутривенным контрастным усилением)

√ Ф И О :

Возраст: _____ Вес: _____ Рост: _____

Во время проведения МРТ исследования Вы будете находиться в зоне действия сильного магнитного поля. Ряд заболеваний, наличие в Вашем теле или одежде медицинских устройств и предметов могут оказать влияние на достоверность постановки диагноза, а также могут явиться противопоказанием для проведения исследования. Для обеспечения Вашей безопасности необходимо убедиться в отсутствии противопоказаний для данного исследования. Необходимо внимательно прочитать и заполнить анкету, поставив отметку в соответствующей графе. Особое внимание пунктам 1 и 2.

√

№	Перед началом исследования сообщите следующие сведения о себе (заполняется пациентом)	ДА	НЕТ
1.	Имеются ли у Вас искусственные водители ритма (кардиостимулятор)?		
2.	Имеются ли у Вас искусственные суставы, стенты, скобки, клипсы сосудистых аневризм, сосудистые фильтры, имплантированный сердечный дефибриллятор, нейростимулятор, инсулиновый насос, слуховой аппарат, эндопротезы, протез орбиты, глазного яблока, металлические брекеты и любые другие металлические предметы медицинского назначения, находящиеся внутри Вашего тела?		
3.	Выполнялись ли ранее Вам операции на головном мозге, сердце или других органах?		
4.	Имеются ли у Вас в теле немедицинские металлические объекты (осколки, стружки)?		
5.	Были ли у Вас ранения (например, пульей, дробью и пр.)?		
6.	Имеется ли у Вас на теле пирсинг?		
7.	Не страдаете ли Вы эпилепсией, судорожными припадками, были ли случаи потери сознания?		
8.	Выполнялись ли Вам ранее исследования МРТ? Дата:		
9.	Была ли у Вас когда-либо аллергическая реакция на введение контрастных препаратов, применяемых при МРТ или КТ?		
10.	Не страдаете ли Вы клаустрофобией (боязнь замкнутого пространства)?		
11.	Для пациентов женского пола: нет ли у Вас беременности или лактации?		

12.	Для пациентов женского пола: наличие внутриматочной спирали?		
13.*	Наличие в анамнезе болезней почек?		
14.*	Наличие в анамнезе операций на почках?		
15.*	Результаты последнего исследования сывороточного креатинина: _____		
	Величина: _____ Дата: _____		

*Ответ на вопрос необходим ТОЛЬКО для проведения исследования с контрастным усилением

Дата заполнения анкеты: _____ Подпись обследуемого: _____

При условии установки МР-совместимого при определенных условиях импланта, при соблюдении требований безопасности во время проведения исследования, я даю свое согласие на проведение МРТ исследования, включая исследование с внутривенным контрастным усилением:

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

(подпись) (Ф.И.О. врача-рентгенолога)

Предметы, которые могут быть повреждены или явиться причиной травмы в условиях действия сильного магнитного поля, необходимо оставить перед входом в помещение томографа (электронные устройства, мобильные телефоны, кредитные, другие магнитные карты, проездные билеты, электронные носители информации, ключи, очки, часы, слуховые аппараты и съёмные зубные и другие протезы, булавки, заколки, парики, украшения, одежду с металлическими пуговицами и кнопками, ручки, ремни, подтяжки и прочие металлические предметы).

Информированное добровольное согласие

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи (согласно Приказу Минздравсоцразвития России от 23.04.2012 N 390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи») (применять для МРТ исследований, включая исследования с внутривенным контрастным усилением)

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

" ____ " _____ г. рождения,
зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

являюсь законным представителем или опекуном гражданина: (Ф.И.О. гражданина)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранных мною лицах, 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)

Я информирован(а) о проведении исследования с внутривенным введением контрастного вещества и даю свое согласие на его введение. Я проинформирован(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 анафилактический шок и индивидуальная непереносимость конкретного рентгеноконтрастного вещества, летальный исход на введение контрастного вещества по данным мировой практики составляет 1: 175000).

Я осознаю наличие анестезиологического риска во время проведения магнитно-резонансной томографии (МРТ), согласен(на) на то, что ход анестезиологического пособия может быть изменен врачами по их усмотрению. Я целиком и полностью доверяю врачам в тактике лечения возможных осложнений, связанных с проведением магнитно-резонансной томографии (МРТ), введением контрастного препарата и оказанием анестезиологического пособия (при планировании проведения анестезиологического пособия при МРТ исследованиях).

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(согласна) на анонимное использование (опубликование) результатов моего (моего ребенка) обследования в научных и учебных целях.

Я подтверждаю, что сообщил(а) достоверную информацию, связанную со здоровьем, физическим и психическим состоянием (моего ребенка), а также перенесенными ранее заболеваниями и аллергическими реакциями.

Я даю свое согласие на передачу, обработку и хранение своих личных данных или личных данных гражданина, 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 подтверждаю своей подписью, что прочитал(а) вышеизложенную информацию, информация и используемая медицинская терминология мне понятны, и я осознанно даю добровольное согласие на проведение магнитно-резонансной томографии (МРТ) с внутривенным контрастным усилением и анестезиологическое пособие.

(Ф.И.О. гражданина/законного представителя, контактный телефон, подпись)

(подпись) (Ф.И.О. врача-рентгенолога)

" ____ " _____ Г.

(дата оформления)

Приложение к добровольному информированному согласию для диагностических
служб и врачей-специалистов

✓ Я, _____
ФИО пациента

Подтверждаю, что (нужное подчеркнуть):

1. Возвращение на территорию РФ из другой страны за последние 14 дней, нет/да

При выезде из другой страны за 14 дней:

Страна выезда _____

Дата выезда _____

Дата и место въезда на территорию

РФ _____

2. Наличие контакта с заболевшим коронарвирусной инфекции (COVID-19) или подлежащих наблюдению при подозрении на нее, в пределах 14 дней, покидавшим территорию РФ в течение предыдущих 14 суток, нет/да

При наличии контакта:

Дата контакта: _____

Дата выезда возможного источника инфекции из неблагополучной страны: _____

Дата и место въезда возможного источника инфекции на территорию РФ: _____

При возможности его контактные данные (телефон, адрес проживания): _____

Наличие признаков ОРВИ, нет/да _____

3. Наличие признаков ОРВИ, нет/да

✓ ФИО, подпись пациента:

ФИО, подпись медицинского работника: