

Информированное добровольное согласие на проведение исследования МРТ

Я, _____,

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 (нужное подчеркнуть) и **даю добровольное согласие на следующие виды диагностических исследований в Обществе с ограниченной ответственностью «МедЭксперт 2011» (ООО «МедЭксперт 2011»).**

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

область исследования - _____
внутривенное введение * контрастного вещества - да / нет (нужное подчеркнуть)

* при назначении исследования с использованием контрастного вещества, пациент дополнительно дает информированное согласие на внутривенное введение контрастного препарата по утвержденной в ООО «МедЭксперт 2011» форме и прилагаемое к настоящему согласию), (далее-исследование, медицинское вмешательство).

До подписания настоящего согласия я проинформирован лечащим врачом о целях и возможных методах медицинской помощи, о вариантах обследования, о необходимости проведения исследования, которое позволит уточнить диагноз, оценить состояние моего здоровья, определить ход дальнейшего лечения.

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, проинформирован(а) о возможных побочных эффектах (при наличии татуировок возможно нагревание кожи).

Я знаю, что в целях максимальной эффективности и безопасности проводимого обследования, я обязан(а) поставить в известность) врача о всех проблемах, связанных с моим здоровьем, наследственностью, аллергическими проявлениями, индивидуальной непереносимостью лекарственных препаратов и продуктов питания, а также о курении табака, о злоупотреблении алкоголем, наркотическими и токсическими средствами в настоящее время и прошлом, наличие татуировок.

Дополнительно сообщаю о себе следующую информацию:

1. Выполнялись ли ранее обследования контрольной _____ да/нет (нужное подчеркнуть)
области:

2. Наличие внутри организма инородных металлических тел, осколков после ранений или травмы, спиц в костях после переломов, искусственных водителей ритма сердца, протезов клапанов сердца, искусственных суставов, скоб, фильтров и любых других устройств медицинского назначения (кроме зубных протезов): _____ да/нет (нужное подчеркнуть)

3. Наличие клаустрофобии: _____ да/нет (нужное подчеркнуть)

4. Случаи приступов эпилепсии: _____ да/нет (нужное подчеркнуть)

5. Масса тела в настоящее время: _____ кг.

6. Жалобы в данный момент: _____

7. Иные сведения, которые считаю нужным сообщить: _____

Я проинформирован, что для проведения исследования необходимо выключить мобильный телефон, снять часы, ремень, украшения, булавки, зубные или слуховые протезы: ВСЕ металлические предметы из карманов (ключи, зажигалки, монеты, ножницы и т.д.) и магнитные карты отставить за пределами кабинета исследования.

Я понимаю, что во время проведения диагностического исследования я буду лежать в ограниченном пространстве на столе, который помещен внутрь цилиндрического аппарата (в форме туннеля), буду чувствовать вибрацию и шум. Во время процедуры нельзя будет двигаться. Для фиксации головы будут использоваться специальные приспособления. Во время исследования я не могу разговаривать, однако буду иметь возможность связаться с сотрудником, проводящим процедуру, при помощи кнопки вызова, которая будет находиться в пределах досягаемости. Сотрудник, проводящий исследование, будет наблюдать за мной все время (от 15 до 90 минут) пока я буду находиться в аппарате.

Я проинформирован, что по результатам исследования мне будет выдано заключение на бумажном носителе и на электронном носителе в формате CD/DVD-диска, а также пленка со снимками в случае дополнительной оплаты. Результат исследования выдается в течение 24 часов после окончания исследования, а в исключительных случаях по решению врача требующих детального изучения снимков - в течение 2 рабочих дней.

Мне разъяснено, что я вправе отказаться от медицинского вмешательства путем написания заявления или заполнения формы отказа от медицинского вмешательства, последствия отказа мне разъяснены.

Я удостоверяю, что текст моего информационного добровольного согласия мною прочитан, я задал все интересующие меня вопросы сотрудниками клиники, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют. Потому, сознавая все вышеизложенное, я даю ООО «МедЭксперт 2011» добровольное согласие на проведение МРТ исследования.

« _____ » _____ 202__г.
Дата подписания

_____/ _____
Подпись **пациента** ФИО **пациента**

« _____ » _____ 202__г.
Дата подписания

_____/ _____
Подпись врача / ФИО врача

Я даю согласие ООО «МедЭксперт 2011» на обработку моих персональных данных томограмм, электроэнцефалограмм, протоколов и фотографий (далее ПД, путем сбора, записей, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), извлечения, использования, передачи (распространения, предоставления доступа, трансграничной передачи), обезличивания, блокирования, удаления, уничтожения и любых других действий с ПД. ООО «МедЭксперт 2011» 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 «МедЭксперт 2011» (путем смешанной обработки). Настоящее согласие выдано без ограничения срока действия с правом отзыва в любое время путем направления мной в адрес ООО «МедЭксперт 2011» соответствующего письменного заявления в свободной форме.

« » 202__г.
Дата подписания

_____/ _____
Подпись **пациента** ФИО **пациента**