Информированное добровольное согласие на проведение

электроэнцефалографического исследования (ЭЭГ-исследования)

в Клинике

Я, Тест - - 01-01-2016 г.р. , адрес регистрации: МОСКОВСКАЯ ОБЛ,р-н. Клинский,г.Высоковск д. кв. , даю информированное добровольное согласие на проведение ЭЭГ-исследования в условиях Клиники КЛИНИКА, предложенные мне,

Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

согласно Федерального Закона от 21.11.2011г №323-Ф3 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и Конституции РФ я ознакомлен(а) врачом с намеченным планом моего (или моего ребенка) обследования и лечения.

Мне разъяснены лечащим врачом цель и необходимость проведения ЭЭГ-исследования, возможные последствия и осложнения в результате этого исследования.

Я информирован(а) о том, что:

* ЭЭГ-исследование – это запись биоэлектрической активности головного мозга, которая является современным неинвазивным методом функциональной диагностики и проводится с целью оценки функционального состояния головного мозга, что необходимо для уточнения терапевтических назначений и контроля эффективности терапии.
* Процедура ЭЭГ-исследования будет проводиться в кресле в специальном звукоприглушающем, слабо освещенном помещении.
* Во время подготовки к ЭЭГ-исследованию, я должен(на) предоставить врачу сведенья о возможно перенесенных мною травмах головы, обмороках, наличии головных болей и головокружений.
* Во время подготовки к ЭЭГ-исследованию на голову пациента надевается эластичная шапочка-шлем, которая служит для укрепления на голове 18-ти датчиков. В точках установки электродов кожа головы обрабатывается спиртом для обезжиривания. Датчики-электроды, смоченные слабым (3%) раствором поваренной соли, закрепляются эластичными тяжами шлема. Специальные электроды-клипсы, также смоченные слабым (3%) раствором поваренной соли, помещаются на мочки ушей.

Я проинструктирован(а), что во время записи ЭЭГ требуется сидеть спокойно, расслабленно, с закрытыми, но не зажмуренными глазами, не двигать руками и ногами, не сжимать зубы, не морщить лоб и выполнять команды специалиста.

Я проинформирован(а), что во время выполнения ЭЭГ-исследования я буду подвергаться воздействию серий световых вспышек с разной частотой, подающихся от светодиодной лампы, а также слышать подаваемые звуковые сигналы.

Мне предоставлена полная информация об этапах проведения ЭЭГ-исследования.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) на них полные ответы.

Я согласен(на) на проведение ЭЭГ-исследования в условиях клиники КЛИНИКА.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ФИО пациента | Тест - - | Подпись     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 30-01-2020 |
| ФИО врача | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Подпись     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 30-01-2020 |