Информированное добровольное согласие на проведение Компьютерно-томографического исследования (КТ-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 КТ-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 рентгеновской компьютерной томографии, возможные последствия и осложнения в результате этого исследования.

Я проинформирован(а) о принципах данного исследования и о том, что оно сопровождается определенным рентгеновским облучением. Я информирован(а) о наличии альтернативных нерадиационных методов диагностики, преимуществах и недостатках данного вида исследования.

Я информирован(а) о возможной необходимости проведения дополнительного исследования с внутривенным введением йодсодержащего рентгенконтрастного 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 анафилактических шок и индивидуальная непереносимость конкретного рентгенконтрастного вещества, летальный исход на введение контрастного вещества по данным мировой практики составляет 1: 175000).

Я целиком и полностью доверяю врачам в тактике лечения возможных осложнений, связанных с проведением компьютерной томографии и введением контрастного препарата. Я извещен(а) о клиническом профиле лечебно-профилактического учреждения, в котором будет проводиться компьютерная томография, и о проводимой в нем преподавательской и научно-исследовательской работе и согласен(согласна) на анонимное использование (публикование) результатов моего (моего ребенка) обследования в научных и учебных целях в соответствии с Законом РФ № 152 «О персональных данных».

Перед началом исследования я сообщаю о себе (своем ребенке) следующую информацию:

Наличие или отсутствие у Вас (Вашего ребенка):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| непереносимости препаратов йода |   | ДА |   | НЕТ |
| аллергических реакций |   | ДА |   | НЕТ |
| патологии почек |   | ДА |   | НЕТ |
| заболевания щитовидной железы |   | ДА |   | НЕТ |
| сахарного диабета |   | ДА |   | НЕТ |
| беременность |   | ДА |   | НЕТ |
| обследовались ли Вы ранее с использованием контрастных препаратов |   | ДА |   | НЕТ |

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 подтверждаю своей подписью, что прочитал(а) вышеизложенную информацию, информация и используемая медицинская терминология мне понятны, и я осознанно даю добровольное согласие на проведение рентгеновской компьютерной томографии.

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