

Федеральное государственное бюджетное учреждение науки
Институт «Международный томографический центр»
Сибирского отделения Российской академии наук



630090, Новосибирск, Академгородок, <http://mrt.tomo.nsc.ru>; mrt@tomo.nsc.ru
тел.: +7 (383) 330-73-53; +7 (383) 330-31-42; ул. Институтская, 3а
тел.: +7 (383) 330-15-05; ул. Пирогова, 25/3

Опросный лист

Перед началом обследования просьба ответить на следующие вопросы (прочтите и подчеркните соответствующий пункт)

1. Имеются ли у Вас искусственные водители ритма, стенты, искусственные клапаны сердца, протезы, искусственные суставы, скобки, клеммы, фильтры и любые другие устройства медицинского назначения из металла, находящиеся внутри Вашего тела?
 да, _____ нет
2. Проводилось ли ранее томографическое (КТ/МРТ) исследование?
 да да, в МТЦ СО РАН (указать год) _____ г. нет
3. Выполнялись ли Вам ранее операции на головном и спинном мозге, сердце, крупных сосудах или других органах? нет
4. Имеются ли у Вас в теле какие-либо немедицинские металлические объекты (осколки, пули, стружки и др.)? нет
5. Если Вы беременны, то на каком месяце беременности Вы находитесь (мес.)?
 да, _____ мес. нет
6. Страдаете ли Вы эпилепсией, судорожными припадками? да нет
7. Страдаете ли Вы клаустрофобией (боязнь замкнутых пространств)? да нет
8. Проходите обследование по направлению врача? да, на: 3Т 1,5Т 0,4Т / нет
9. Предоставили ли вы данные предыдущих исследований?
 да, МРТ УЗИ амбулаторная карта выписка другое _____ нет
10. Болели ли вы COVID-19 да нет

Для женщин, направленных на МРТ органов малого таза или молочной железы:

- День менструального цикла _____
- Менопауза _____
- Количество родов _____
- Кесарево сечение
 да нет
- Прием гормональных препаратов
 да нет
- Эндокринные заболевания (если да, то какие)
 да, _____ нет

Пациент (или его законный представитель): _____

(подпись, фамилия, инициалы)

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (ИДС)

Настоящее ИДС составлено в соответствии с требованиями Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (Закон № 323-ФЗ) (статья 20), Постановления Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», и является необходимым предварительным условием медицинского вмешательства. Я, нижеподписавшийся (аяся) _____

(Ф.И.О. пациента)

Примечание: Этот раздел бланка заполняет законный представитель в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет, а также в отношении лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство (ст. 20 Закона № 323-ФЗ):

Я, нижеподписавшийся (аяся) _____,

(Ф.И.О. законного представителя)

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)

(далее - представляемый),

(полностью Ф.И.О. ребенка/иного лица, год рождения)

_____ (реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы пациента)

даю добровольное согласие на проведение мне/представляемому **магнитно-резонансной томографии (МРТ)**.

(указать название области исследования) Федеральным государственным бюджетным учреждением науки Институт «Международный томографический центр» Сибирского отделения Российской академии наук (ИНН 5408167950/КПП 540801001, 630090, г. Новосибирск, ул. Институтская 3 А) (далее - Институт) (далее – медицинская помощь).

Я осознаю, что МРТ проводится на специальном оборудовании, позволяющем выполнить многослойное сканирование исследуемой области тела (органов) при помощи магнитного резонанса.

Я согласен, что в процессе обследования может возникнуть необходимость во введении контрастного препарата, содержащего гадолиний. Контрастное вещество вводится внутривенно. Для этого в вену может быть установлен катетер (тонкая трубочка) для более быстрого введения препарата. Эта процедура относится к низкой категории сложности и обычно не сопровождается какими-либо неприятными ощущениями или побочными реакциями. В случае отказа от проведения МРТ с введением контрастного вещества, соответствующая запись будет сделана во врачебном заключении.

Мне разъяснено: 1) абсолютными противопоказаниями к проведению МРТ являются: наличие искусственного водителя ритма и других вживленных электронных устройств, медицинских и немедицинских металлических имплантатов (особенно в области головного и спинного мозга, сердца, крупных сосудов); первый триместр беременности; 2) при обследовании брюшной полости рекомендуется воздержаться от приема пищи за 4 (четыре) часа до времени предполагаемого исследования.

Мне разъяснено, что в ходе проведения МРТ имеются риски развития осложнений, связанных с индивидуальной чувствительностью пациента. В частности, введение контрастного препарата сопряжено с минимальным риском развития легких аллергических реакций. Помимо аллергических реакций возможны кровоизлияния в местах и/или вокруг мест введения игл, катетеров, возможны неприятные ощущения вследствие повреждения кожных нервов. Большинство из них совершенно безвредны и проходят через некоторое время сами собой. В месте прокола кожи крайне редко возможны инфекционные осложнения и воспалительные реакции. Факторами риска являются форма и тяжесть основного заболевания, возможные сопутствующие заболевания, возраст, жизненные привычки и другие факторы.

Я подтверждаю, что сообщил(а) Институту известные мне и правдивые сведения при заполнении Опросного листка, являющимся неотъемлемым приложением к настоящему согласию.

Я согласен(а) на возможное присутствие при оказании мне/представляемому мной МРТ медицинских работников, не задействованных непосредственно в моем лечебном процессе, в целях решения организационных вопросов, научных исследований, публикации в научной литературе и при условии соблюдения врачебной тайны; на возможное участие обучающихся, при оказании мне медицинской помощи под контролем квалифицированных специалистов.

Я разрешаю/не разрешаю (нужное подчеркнуть) предоставлять информацию о состоянии моего здоровья (представляемого мной) следующим лицам:

_____ (Ф.И.О. полностью, контактный телефон)

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) всё вышеизложенное, а также в доступной для меня форме мне разъяснены цели методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствиях, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне понятно назначение данного документа, в том числе, что я имею право отказаться от данного медицинского вмешательства или потребовать его(их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 ст. 20 Закон № 323-ФЗ. Мне была предоставлена возможность задать вопросы, и я подтверждаю, что мною получены ответы от медицинского работника, невыясненных вопросов не имею. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на определенный вид медицинского вмешательства. Я подписываю это согласие на основании моего свободного волеизъявления.

Пациент (или его законный представитель) _____

(подпись, фамилия, инициалы)

Медицинский работник _____

(должность, подпись, полностью Ф.И.О.)

Дата « _____ » _____ 20 _____ г.