

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное учреждение науки
ИНСТИТУТ «МЕЖДУНАРОДНЫЙ ТОМОГРАФИЧЕСКИЙ ЦЕНТР»
Сибирского отделения Российской академии наук

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
" ____ " _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В ОТНОШЕНИИ _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
" ____ " _____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

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 390н¹ (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения специализированной медико-санитарной помощи, в том числе на получение **магнитно-резонансной томографии (МРТ):**

(наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

лицом, законным представителем которого я являюсь (**нужное подчеркнуть**), в отделении медицинской диагностики «МРТ технологии» Федерального государственного бюджетного учреждения науки Института «Международный томографический центр» Сибирского отделения Российской академии наук (далее – МТЦ СО РАН, ОГРН 1025403642110, ИНН 5408167950, КПП 540801001, 630090, г. Новосибирск, ул. Институтская 3 А).

Медицинским работником **ВРАЧ-рентгенолог**

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) 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, в том числе, 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».

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

Мне разъяснено и я согласен, что в процессе обследования может возникнуть необходимость во введении контрастного препарата, содержащего гадолиний. Контрастный препарат 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 имплантов (особенно в области головного и спинного мозга, сердца, крупных сосудов, орбит); первый триместр беременности; 2) при обследовании брюшной полости рекомендуется воздержаться от приема пищи за 4 (четыре) часа до времени предполагаемого исследования; 3) при обследовании органов брюшной полости малого таза для уменьшения газообразования, избыточной перистальтики кишечника рекомендовано в течение двух дней придерживаться диеты, при необходимости использовать спазмолитические препараты.

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. Большей частью они 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. Кроме того, я осознаю, что может возникнуть ситуация, угрожающая жизни по независящим от проводимого обследования причинам, обусловленная состоянием моего здоровья.

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

Настоящим, я подтверждаю и заверяю, что:

1) сообщил(а) известные мне и правдивые сведения при заполнении Опросного листа, являющимся неотъемлемым приложением к настоящему согласию;

2) имел (а) возможность задать любые интересующие меня вопросы, связанные с состоянием здоровья, предстоящим медицинским вмешательством и получил (а) на них исчерпывающие ответы, которые мне понятны как в отношении характера вмешательства, так и связанных с ним риском.

Мне сообщили, что в соответствии со ст. 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» информация о факте моего обращения за медицинской помощью, сведения о состоянии моего здоровья и диагнозе моего заболевания, другие сведения, полученные при обследовании и лечении, являются врачебной тайной и могут быть раскрыты только в пределах, установленных законодательством.

Используя моё право в соответствии со ст. 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»:

1) Я даю согласие/не даю согласие (**нужное подчеркнуть**) на возможное присутствие **при проведении МРТ иных лиц**, не задействованных непосредственно в лечебном процессе, в целях: решения организационных вопросов, проведения научных исследований и учебного процесса.

2) Я даю согласие/не даю согласие (**нужное подчеркнуть**) на включение меня/лица, законным представителем которого я являюсь (**нужное подчеркнуть**) в группу пациентов, участвующих в научных исследованиях и/или публикациях, **с использованием только обезличенной медицинской информации**.

3) Настоящим я подтверждаю, что даю согласие МТЦ СО РАН/не даю согласие (**нужное подчеркнуть**) использовать **обезличенную** медицинскую информацию, полученную в ходе оказания мне/лицу законным представителем которого я являюсь (**нужное подчеркнуть**) первичной медико-санитарной помощи, в том числе **при проведении МРТ**, в научных целях, в совместных научных исследованиях с третьими лицами, в том числе с правом её публикации в научных журналах/учебных пособиях, с правом её размещения в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», в том числе социальных сетях и на телевидение, с правом её предоставления третьим лицам: на научных конференциях, обучающих семинарах и с целью разработок в области создания искусственного интеллекта, с условием соблюдения положений настоящего согласия и требований Федерального закона от 27.07.2006г. N 152-ФЗ. «О персональных данных». Все вышеуказанные заверения (согласия/разрешения) даны мною на основании моего свободного волеизъявления:

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя)

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. 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 (**нужное подчеркнуть**), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

" ___ " _____ 20___ г.
(дата оформления)

¹ Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный N 24082.