

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на исследование в отделении лучевой диагностики в амбулаторных условиях
(МРТ, КТ, дентальная КТ, рентгенография, маммография)
(нужное подчеркнуть)

Я, (данные пациента: ФИО, дата рождения, адрес проживания)

Мне разъяснено, что целью планируемого обследования является правильная постановка диагноза для проведения качественного лечения, контроль динамики процесса и результата лечения, раннее выявление заболеваний.

Мне разъяснено, КТ-обследование, маммография, рентгенография и флюорография сопровождаются рентгеновским облучением, несут определенную индивидуальную дозовую (лучевую) нагрузку, что может влиять на мой организм.

Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о процедуре проведения обследования. Все рентгеновские диагностические процедуры осуществляются с применением исправной, сертифицированной аппаратуры высокого качества, которая дает практически безопасную дозу облучения и снижает до минимума риск возможных последствий; медицинский персонал будет осуществлять контроль и соблюдать меры радиационной безопасности с предоставлением мне индивидуальных средств защиты; доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте; мне будет сообщена информация о мерах, которые необходимо соблюдать, чтобы исключить отрицательные последствия во время и после рентгенологического обследования; при получении рентгенограммы неудовлетворительного качества (в случаях движения пациента во время процедуры, большой мышечной массы и плотности тканей лица и пр.) может потребоваться повторное выполнение рентгеновского снимка.

Я понимаю, что в ходе выполнения исследования может возникнуть необходимость выполнения дополнительных и/или других методов исследования, что может увеличить дозовую лучевую нагрузку на организм.

Я информирован(а) о возможных побочных реакциях и осложнениях в ходе предстоящего исследования и обязуюсь немедленно информировать о них медицинский персонал.

Я даю согласие на оказание дополнительной медицинской помощи, необходимой мне при возникшей неотложной клинической ситуации. Я доверяю медицинским работникам принять соответствующее решение и выполнить необходимые медицинские действия, которые врач сочтет необходимыми для улучшения моего здоровья и повышения качества диагностики заболевания.

Я проинформирован(а) об альтернативных методах исследования (УЗИ, эндоскопия и пр.).

Я проинформирован(-на), что относительными противопоказаниями для рентгенологического обследования являются:
*беременность на протяжении всего срока (рентгенологические обследования выполняются только по жизненным показаниям);
*отягощенный анамнез (пребывание в зонах радиоактивных катастроф; проведение пациенту курса лучевой терапии по поводу сопутствующих заболеваний менее чем за шесть месяцев до настоящего времени);

*выполнение других рентгенологических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой (в случае ДА - указать наименование исследования и локализацию, ориентировочную дату проведения исследования _____);

*работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений.

Я обязуюсь известить лечащего врача о наличии вышеперечисленных противопоказаний, если таковые имеются, до проведения рентгенологического исследования.

Я обязуюсь перед исследованием информировать медицинский персонал о всех проблемах, связанных с моим здоровьем, наследственностью, аллергических проявлениях, индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов.

Я обязуюсь информировать медицинский персонал о наличии каких-либо инородных тел в моем организме (протезы, искусственные клапаны сердца, имплантаты, внутрисосудистые стенты, фильтры, скобки, кардиостимуляторы, осколки или иные предметы медицинского и немедицинского назначения), при которых ряд исследований выполнить невозможно.

Я удостоверяю своей подписью, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем обследовании, связанном с ним риске, возможных альтернативных методах диагностики, их последствиях.

Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа, они мне понятны, разъяснены, я даю добровольное согласие на проведение мне исследования в отделении функциональной и лучевой диагностики, о чем свидетельствует моя подпись ниже.

Подпись пациента/законного представителя _____ / _____ (ФИО)

В моем присутствии расписался

Подпись медицинского работника: _____ / _____ (Должность, ФИО)

Дата _____