

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО - МУЛЬТИСПИРАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ
(МСКТ)**

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 19, 20, 22 Федерального закона РФ от 21.11. 2011г. № 323 (ред. от 28.12.2024) – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.03.2025)

(Ф.И.О. пациента/законного представителя Пациента, дата рождения)

1. Я _____

являющийся Пациентом/законным представителем Пациента

настоящим подтверждаю, что проинформирован(а) врачом о предстоящем медицинском вмешательстве – **мультиспиральной компьютерной томографии(МСКТ)**

Зона исследования: _____

Я знаю о наличии у меня /пациента повышенной чувствительности, аллергии к следующим медицинским препаратам: _____

В настоящее время я /пациент принимаю(ет) следующие лекарственные средства: _____

Я понимаю, что сокрытие информации о состоянии моего/пациента здоровья может способствовать развитию осложнений.

Врач сообщил мне что, абсолютными противопоказаниями для проведения мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) являются:

- ✓ беременность на любом сроке;
- Относительными противопоказаниями являются:**
- ✓ общее тяжелое состояние пациента
- ✓ тяжелые психические расстройства

2. Суть медицинского вмешательства:

Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) – разновидность компьютерной томографии, при которой послойное сканирование объекта осуществляется по траектории спирали, обусловленной непрерывным движением стола и рентгеновской трубки относительно друг друга. Мультиспиральная компьютерная томография отличается от обычной компьютерной томографии тем, что при низкой лучевой нагрузке возможно получение изображения с высоким качеством, а благодаря разрешающей способности аппарата выявляются самые малые изменения внутренних органов. С помощью последующей обработки данных исследования, можно получить наиболее информативные изображения в двух или трехмерной проекции.

Я извещен/на о том, что проведение мультиспиральной компьютерной томографии обычно не требует какой-либо дополнительной подготовки. Исключение составляет исследование брюшной полости, органов малого таза и почек подготовка заключается в проведении мероприятий, направленных на очищение кишечника: рекомендуется проводить исследование натощак, прекратить употребление пищи и воды необходимо за 4-6 часов до начала исследования. В течение 2 дней придерживаться режима питания, снижающего газообразование.

3. Я предупрежден/на об опасности получения недостоверных результатов исследования, которые могут возникнуть при несоблюдении указанных рекомендаций. Я не буду возлагать ответственность на медицинскую организацию за последствия, которые могут возникнуть при нарушении мной данных рекомендаций.

Мне разъяснены основные этапы исследования. Я понял(а) в чем его смысл и не имею по этому поводу вопросов к медицинскому персоналу.

4. Я осознаю, что любое медицинское вмешательство связано с риском для здоровья.

5. Я информирован (а), что в случае возникновения каких-либо проблем, связанных с процедурой, мне следует сразу обратиться за медицинской помощью и получить консультацию лечащего врача.

6. Я поставлен(а) в известность о существовании альтернативных методик: Магнитно-резонансная томография, Рентгенография, УЗИ

7. Мне разъяснены состояние моего/пациента здоровья и характер медицинского вмешательства. Содержание указанных выше медицинских действий, связанных с ними риск, возможные осложнения и последствия мне известны. Я хорошо понял (а) все разъяснения врача.

8. Я информирован(а) о том, что могу отказаться от медицинского вмешательства. Мне подробно в доступной для меня форме разъяснены возможные последствия моего отказа (отказа представляемого) от предлагаемого медицинского вмешательства. Я осознаю, что отказ от медицинского вмешательства может привести к неправильной диагностике состояния моего здоровья (здоровья представляемого), что может повлечь неправильную тактику лечения и не позволит достичь желаемого лечебного результата

9. Я подтверждаю, что мне была предоставлена возможность обсудить с лечащим врачом все интересующие меня и непонятные мне вопросы.

10. Настоящим я уполномочиваю медицинский персонал НИИФКИ провести мне/пациенту медицинское вмешательство – **мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ).**

11. Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения мне понятны и удовлетворяют меня.

12. 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 (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

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

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

Пациент

(Ф.И.О)

/подпись/

Врач

(Ф.И.О., должность)

/подпись/

« _____ » _____ 202__ г.