***Информированное добровольное согласие на выполнение мультиспиральной компьютерной томографии.***

**№исследования Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_ г.р., (Ф.И.О. пациента полностью,) зарегистрированный (ая) по адресу :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в соответствии со ст. ст. 19, 20 и 22 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» информирован о необходимости медицинского обследования меня/лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) и даю добровольное согласие наследующие виды диагностических исследований в

Контактный телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Электронная почта:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Я проинформирован (а)** о том, что данное исследование сопровождается ***рентгеновским излучением.***

Для женщин. **Я подтверждаю,** что на момент исследования не имею *беременности* и **информирована** о вредном воздействии рентгеновского излучение на развитие плода.

Проводились ли Вам какие- либо рентгенологические исследование в течение года?

**Нет / Да. *(нужное подчеркнуть)*** Если да, *ПЕРЕЧИСЛИТЕ КАКИЕ :*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Я информирован (а)** о *возможной необходимости проведения дополнительного исследования с внутривенным введением йодсодержащего рентгеноконтрастного препарата.*

**Я предупрежден (а)** о *возможных побочных эффектах* при введении рентгеноконтрастных препаратов: аллергические реакции (зуд, крапивница), ощущение жара, боль в грудной полости, тошнота, рвота, озноб, потливость, головная боль, головокружение, бледность, слабость, першение в горле, чувство нехватки воздуха, артериальная гипотензия или гипертензия, чиханье и слезотечение.

**Я предупрежден** о медицинских мероприятиях *(вплоть до реанимационных),* которые могут быть следствием развития подобных осложнений.

Являетесь ли Вы переносчиком:

**ВИЧ *Да / Нет (нужное подчеркнуть) Гепатит Да / Нет***

Страдаете ли Вы каким либо *заболеванием из ниже перечисленных?****(нужное подчеркнуть) Да / Нет***

**Если Да, подчеркните,** какими: эпилепсия, сердечная недостаточность, почечная недостаточность, печеночная недостаточность, тиреотоксикоз, легочная гипертензия, хронический алкоголизм, рассеянный склероз, множественная миелома, феохромоцитома, сахарный диабет, серповидно-клеточная анемия, острый тромбофлебит, аллергические заболевания (бронхиальная астма, поллиноз, пищевая аллергия), выраженный атеросклероз, сепсис.

Принимаете ли Вы на настоящий момент какие-либо *лекарственные препараты из ниже перечисленных?* ***(нужное подчеркнуть)* Да / Нет**

**Если Да, подчеркните,** какие: кордарон, хлорпромазин, галоперидол, дроперидол,флуспирилен, амитриптилин, имипрамин, моклобемид, прозак, паксил, лувокс, золофт, веллбутрин, дезирель, эффексор, сезерон), ремерон, метформин (сиофор, глюкофаг), интерлейкин, атенолол, окспренолол, пропранолол, тимолол, талинолол, пиндолол

**Я предупрежден** о лекарственном взаимодействии перечисленных лекарственных средств и йодсодержащих препаратов.

Реакция на *йодсодержащие препараты.* **Есть / Нет *(нужное подчеркнуть)***

**Я подтверждаю,** что не имею аллергической реакции на йодосодержащие препараты.

**Я даю свое согласие / Не даю своего согласия *(нужное подчеркнуть)***

на введение рентгеноконтрастного препарата.

**Я осведомлен, что заключение мультиспиральной компьютерной томографии****не является диагнозом и требует дальнейшей интерпретации моего лечащего врача/профильного специалиста.**

**Я удостоверяю что текст моего информационного добровольного согласия мною прочитан, я задал все интересующие меня вопросы, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.**

 Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. 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) |

**Я ознакомлен(а) со всеми положениями настоящего информированного согласия, вышеуказанная информация мне разъяснена и понятна, что подтверждаю своей подписью:**

Согласие пациента на исследование получено « » 20 г. (дата).

Согласие пациента *на выдачу результатов иному лицу* **(ФИО)**

**Необходима ли сравнительная оценка результатов** аналогичных МСКТ исследований  **ДА / НЕТ**

Подпись пациента\_ .