

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я, _____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

*Этот раздел бланка заполняется только для лиц, не достигших возраста 15 лет или недееспособных граждан:*Я, _____
Паспорт: №, выдан : _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) _____ года рождения.
(Фамилия, имя, отчество ребенка или недееспособного гражданина (полностью)) _____

на основании статьи 20 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», даю информированное добровольное согласие на следующие виды медицинских вмешательств:

- * проведение компьютерной томографии,
- * проведение компьютерной томографии с внутривенным болюсным введением контрастного вещества,
- * 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 390н, в том числе: консультацию (опрос) врача-терапевта для получения рекомендаций о проведении компьютерной томографии, которая может быть проведена в виде телемедицинской консультации, ультразвуковое исследование (УЗИ).

1. Я в полной мере проинформирован(а) о порядке проведения и содержании всех необходимых диагностических мероприятий.
2. Я в полной мере проинформирован(а) о характере предстоящих исследований, связанном с ними риском и возможным развитии неприятных ощущений, осложнений и последствий: 1) аллергических реакциях при введении контрастного вещества; 2) возможной клаустрофобии.
3. Я проинформирован(а) о строгих противопоказаниях к исследованию с контрастным усилением: наличие аллергической реакция на йод и йодсодержащие препараты.
4. Я проинформирован(а) об альтернативных данному виду методах диагностики (магнитно-резонансная томография). Я предупрежден(а) о последствиях отказа от предлагаемого метода исследования.
5. Мне разъяснено, что в ходе выполнения исследования, может возникнуть необходимость расширения объема диагностических мероприятий. Я доверяю врачам ООО «МедиСкан» выполнять все необходимые действия, которые врач-рентгенолог / врач ультразвуковой диагностики сочтет необходимым для проведения исследования.
6. Я предоставил(а) врачу-рентгенологу / врачу ультразвуковой диагностики все известные мне данные о состоянии своего (или лица, законным представителем которого я являюсь) здоровья, а также всю известную мне информацию о проблемах, связанных с моим здоровьем (или лица, законным представителем которого я являюсь), в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (лицом, законным представителем которого я являюсь) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (на лицо, законным представителем которого я являюсь) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах и указал данную информацию в медицинской документации.
7. Я согласен(а) на возможное введение контрастного препарата и отрицаю наличие у себя следующих заболеваний: бронхиальная астма; тяжелые заболевания печени и/или почек сопровождающиеся печеночной и/или почечной недостаточностью; поливалентную лекарственную аллергию, аллергическую реакцию на йод и йодсодержащие препараты.
8. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все заданные мной вопросы. Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа.
9. Сведения о выбранном мною лице, которому в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья:

_____(фамилия, имя, отчество) _____(контактный телефон)

Группа крови/резус: _____	Переливание крови: _____
Аллергические реакции: _____	Туберкулез: _____
Гепатит (А,В,С): _____	ВИЧ: _____
Операции: _____	Беременность на текущий момент _____
Если да, то какие _____	

Пациент или законный представитель _____ /
(подпись) (расшифровка)Врач _____ /
(подпись) (расшифровка)