

Информированное согласие пациента на обследование

МАГНИТНЫЙ РЕЗОНАНС

Фамилия и имя пациента:			
Персональный идентификационный номер:			
Вес тела:		Страховая компания:	

Для несовершеннолетних лиц, лиц, не способных дать согласие, или лиц, ограниченных или лишённых дееспособности, заполнит законный представитель пациента или свидетель, который присутствовал при проявлении согласия (если пациент не может подписать):

Имя и фамилия законного представителя (опекуна):

Дата рождения представителя:

Причины, по которым пациент не мог подписать согласие:

Уважаемый господин, уважаемая госпожа, уважаемые родители,

исходя из результатов клинического обследования состояния здоровья, лечащий врач рекомендовал Вам/Вашему ребёнку обследование методом магнитно-резонансной томографии (обследование МРТ). Это один из самых передовых методов обследований, который в настоящее время позволяет обследовать большинство органов человеческого организма, включая мозг, позвоночник, кровеносные сосуды, суставы, таз и органы брюшной полости. **Обследование не основывается на принципе рентгеновских лучей.** У электромагнитной энергии, используемой в МРТ, до сих пор не были подтверждены вредные биологические воздействия. Несмотря на это, мы предпочитаем избегать обследований беременных женщин в течение первых трёх месяцев беременности. Начало обследования может быть отложено в случае чрезвычайной необходимости проведения экстренного обследования. Ваше согласие требуется для проведения предлагаемой медицинской процедуры. Чтобы помочь Вам принять решение, мы хотим предоставить Вам следующую информацию.

Основание для проведения процедуры

Обнаружение и оценка возможного заболевания в обследуемой области или проверка и анализ уже известных изменений для рассмотрения возможных дальнейших обследований или терапевтических процедур.

Альтернативы (другие возможности) процедуры / лечения

Обследование методом компьютерной томографии (КТ), которое отягощено ионизирующим излучением и более частыми аллергическими реакциями при введении контрастного вещества, или, где это уместно и возможно, обследование ультразвуком. Информация о том, имеется ли какая-либо альтернатива (другой вариант) предлагаемой медицинской процедуры, и есть ли у Вас возможность выбора из нескольких альтернатив, была предоставлена Вам/Вашему ребёнку лечащим врачом, который рекомендовал провести эту медицинскую процедуру.

Риски и возможные осложнения процедуры

Во время обследования может появиться так называемая паническая реакция, то есть страх перед замкнутым пространством, боязнь, подавленность, беспокойство. Вы можете сообщить об этой проблеме персоналу, проводящему обследование, нажав **сигнальную кнопку**, которую во время обследования держите в руке. Персонал немедленно решит острую проблему и имеет возможность вывезти Вас из туннеля за считанные секунды. Обследование сопровождается **высоким уровнем шума**, создаваемым компонентами прибора. Этот шум является нормальным явлением и не должен Вас беспокоить. Разумеется, мы будем рады предоставить Вам **средства защиты органов слуха**. **В некоторых случаях необходимо применять контрастное вещество** (это хелаты гадолиния, а не препараты йода), поэтому желательно знать, испытывал ли пациент аллергическую реакцию в прошлом. После введения контрастного вещества могут возникнуть головная боль, тошнота, кратковременное головокружение, боль в месте укола. Очень редко могут встречаться реакции аллергического типа — кожная сыпь, рвота, проблемы с дыханием, отёки, нарушения ритма сердца, повреждение почек. По этой причине необходимо указать, не страдает ли пациент от долгосрочной почечной недостаточности. Возникновение аллергических реакций на контрастные вещества, используемые при обследовании методом магнитно-резонансной томографии, очень редко. Наш персонал ознакомлен с методикой управления аллергическими реакциями. Возможное применение контрастного вещества определяется лечащим врачом (рентгенологом). Если у Вас **аллергия на контрастное вещество**, то обследование МРТ может быть проведено естественно, то есть без введения контрастного вещества.

Кормящие матери должны прервать кормление грудью на 24 часа после введения контрастного вещества для МРТ, рекомендуется до обследования насобирать молоко про запас на этот период.

Обследование на МРТ безопасно. Однако, оно может стать опасным, если у пациента в его теле или на теле есть какие-либо металлические устройства или предметы, поэтому необходимо снять и удалить всё до обследования (зубные протезы, слуховые аппараты, протезные приспособления, бюстгальтер, поясной ремень, парик, заколки для волос, булавки, спицы для волос, шпильки и т. п.), металлические монеты, ключи, часы, кредитные карточки, бумажник, очки, мобильный телефон, пирсинг, кольца и ювелирные украшения, в противном случае они могут нанести повреждения или травмировать пациента или персонал.

Подготовка к процедуре

Обследование проводится в сильном магнитном поле, оно безболезненно и практически не требует никакой специальной подготовки (кроме обследования брюшной полости и таза). На обследование мозга и лицевой части приходите без контактных линз и грима, без нанесения туши для ресниц, макияжа, пудр, гелей для волос, лаков и т. п. Если Вы будете накрашены, то Вас попросят удалить макияж.

Исключением является обследование области брюшной полости и таза:

- **МРТ энтерография** (обследование тонкой кишки) — для обследования необходимо перед МРТ обследованием совершенно опорожнить кишечник от содержимого, поэтому рекомендуется диета на протяжении нескольких дней.
- **МРТ обследование печени, поджелудочной железы** — рекомендуется перед обследованием быть натощак (то есть не принимать никакие жидкости и пищу в течение 3-х часов).
- **МРТ обследование таза** — рекомендуется не пить в течение 2-х часов, а непосредственно перед процедурой сходить в туалет.

Действия до и во время процедуры (обследования):

Из соображений безопасности и охраны здоровья необходимо до и во время обследования соблюдать все инструкции обследующего персонала. После входа в кабинку для подготовки **снимите** Вашу одежду, во избежание присутствия каких-либо металлических предметов в магнитном поле. Также **удалите** зубные протезы, слуховые аппараты, протезные приспособления, бюстгальтер, поясной ремень, парик, заколки для волос, булавки, спицы для волос, шпильки и т. п., металлические монеты, ключи, часы, кредитные карточки, бумажник, очки, мобильный телефон, пирсинг, кольца и ювелирные украшения. На обследование Вы можете принести свою собственную рубашку из хлопчатобумажной ткани. Если потребуется применить контрастное вещество, в Вашу вену будет введена канюля (пластиковая трубочка), и контрастное вещество будет вводиться в эту канюлю.

После выполнения вышеуказанных действий Вас пригласят в кабинет для обследования, где уже действует магнитное поле. Ассистент радиолога уложит Вас на стол для обследования. Вокруг или под обследуемой частью Вашего тела будет размещена катушка, принимающая ответы из обследуемой ткани. Затем вас завезут на койке в туннель, что может вызвать неприятные ощущения. Мы заверяем Вас, что в туннель подаётся свежий воздух из вентилятора, на протяжении всего обследования персонал наблюдает за Вами с помощью камеры, и Вы можете с ним общаться посредством микрофона. О любых трудностях можно известить обследующий персонал, **нажав сигнальную кнопку**, которую Вы держите в руке на протяжении всего обследования. В течение всего времени обследования, которое длится около 15-45 минут, **лежите спокойно, не двигайтесь**, не сморкайтесь, не почёсывайтесь и дышите равномерно. **Каждое Ваше движение сделает обследование недействительным.** При обследовании органов брюшной полости Вас несколько раз попросят задержать дыхание на короткое время, около 15-20 секунд. Обследование сопровождается высоким уровнем шума, создаваемым компонентами прибора. Этот шум является нормальным явлением и не должен Вас беспокоить. Разумеется, мы будем рады предоставить Вам средства защиты органов слуха.

После процедуры (обследования):

В случае каких-либо проблем немедленно сообщите об этом нашему персоналу. После завершения обследования Вас отвезут обратно в кабинку, внимательно проверьте все отложенные вещи, после чего Вы сможете уйти домой. **После обследования с применением контрастного вещества пациент должен подождать ещё 20 минут в приёмной** ввиду возможности замедленной аллергической реакции на контрастное вещество. Если после обследования с применением контрастного вещества у Вас появятся симптомы аллергии (кожная сыпь, тошнота, одышка) лишь после того, как Вы покинете медицинское учреждение, Вам следует немедленно обратиться к Вашему лечащему врачу или в службу неотложной медицинской помощи. Кормящие матери должны после введения контрастного вещества прервать кормление грудью на 24 часа, пока контрастное вещество не будет выведено из организма. После проведенного обследования с применением контрастного вещества необходима достаточная гидратация, т. е. как минимум 2 литра жидкости. МРТ обследование никак не ограничит привычный образ жизни Вас или Вашего ребёнка.

После обследования полученная информация обрабатывается, письменные результаты будут автоматически отправлены врачу, пославшему Вас на обследование. За определённую плату мы можем записать копию

полученных изображений МРТ обследования на наш носитель CD или отправить копию заключения (описания) на Ваш личный адрес электронной почты после заполнения формуляра специального согласия.

Если у вас есть кардиостимулятор, имплантированный дефибриллятор, кохлеарный имплант или металлические осколки после травмы в любом месте Вашего тела, то Вы НЕ ДОЛЖНЫ подвергаться обследованию методом магнитно-резонансной томографии!!!

Пожалуйста, предупредите об этом обстоятельстве наших сотрудников!!!

Обследование на МРТ безопасно. Однако, оно может стать опасным, если у пациента в его теле или на теле есть какие-либо металлические устройства или предметы. Сильное магнитное поле может нарушить функцию или изменить положение любых металлических предметов, которые когда-либо вводились в Ваше тело, скорее всего, целенаправленно, во время хирургических операций.

Поэтому важно правдиво заполнить следующую анкету.

Ответ «ДА» на некоторые из приведенных ниже вопросов **не означает**, что обследование не может быть проведено. В случае неясностей и других вопросов, пожалуйста, обратитесь к персоналу отделения МРТ.

Напишите правдиво ДА или НЕТ

Пожалуйста, не прочёркивайте!

У Вас есть кардиостимулятор, дефибриллятор или другое устройство, влияющее на работу сердца?		
Был ли у Вас ранее кардиостимулятор, дефибриллятор или другое устройство и остались ли электроды?		
У Вас есть нейростимулятор, биостимулятор какого-либо типа или другое электронное устройство ?		
В вашем теле есть металл после операции позвоночника ? Если да, укажите год операции:		
Вы после операции вставления искусственного сустава ? В Вашем теле есть какой-либо металлический материал или металл после операции перелома кости ? Если да, укажите год и укажите местоположение:		
Вас когда-либо поражали пули, шrapнeль, дробь, осколки гранаты ? Есть ли в Вашем теле какие-либо металлические посторонние предметы (стружка, игла, проволока, шина и т.д.) ? Если да, укажите подробности:		
Вам были введены стенты (опоры сосудов)? Если да, укажите год введения:		
Есть ли в Вашем теле сосудистые зажимы или другие объекты в сосудах (например, материал для эмболизации, спирали) после операции? Если да, укажите подробности:		
Был ли Вам введен кавальный фильтр (фильтр нижней полой вены)? Если да, укажите год введения:		
Вводили ли Вам ранее внутривенно контрастное вещество при обследовании МРТ ?		
Если было применено контрастное вещество для МРТ, была ли у Вас аллергическая реакция ?		
Была ли у Вас в прошлом аллергическая реакция на какие-либо лекарства ? Если да, укажите название:		
Страдаете ли Вы от клаустрофобии (боязнь ограниченного пространства)?		
У Вас есть кохлеарный имплант (для поддержки слуха)?		У Вас есть ушной слуховой аппарат?
У Вас есть в глазу осколок или другое инородное металлическое тело?		У Вас есть глазной протез?
В Вашем теле есть аневризматический сосудистый зажим (клип) ?		У Вас есть замена сердечного клапана ?
В Вашем теле есть какое-либо другое устройство (например, инсулиновая помпа)?		Вы лечитесь от астмы?
Вы после трансплантации органа (печени, почек ...)?		У Вас есть сахарный диабет?
У Вас есть повышенная склонность к кровотечению или, наоборот, к повышенной свёртываемости крови?		У Вас есть брекеты?

Вы страдаете от заболевания или пониженной функции почек?		У Вас есть несъёмный пирсинг?	
У Вас есть зубной протез или несъёмная замена?		У Вас есть татуировка? Перманентный макияж?	

Для женщин: Вы беременны? Если да, то на которой неделе? Кормите грудью?
У Вас есть внутриматочная спираль?

Для мужчин: У Вас есть пенильный имплантат (протез в пенисе)?

Если в Ваше тело был имплантирован металлический предмет, с которым можно провести МРТ, то это обстоятельство необходимо подтвердить справкой из учреждения, в котором его имплантировали.

Декларация пациента (или его законного представителя)

Я, нижеподписавшийся/аяся, заявляю, что я был/а вразумительно и подробно ознакомлен/а со всеми вышеупомянутыми фактами, включая предупреждение о возможных рисках, осложнениях и их решениях. Мне объяснили альтернативные варианты и возможные риски в случае отказа от процедуры. Я понял/а их, имел/а возможность задать дополнительные вопросы, на которые мне были даны ответы, и я полностью понял/а информацию и разъяснения. Я не скрывал/а никаких известных мне сведений о моём состоянии здоровья (о состоянии здоровья моего ребёнка), которые могли бы неблагоприятно повлиять на моё лечение (лечение моего ребёнка) или создать угрозу моему окружению, в частности, путём распространения инфекционного заболевания. Я заявляю, что я правдиво ответил/а на вопросы, заданные в этом документе. На основании предоставленной информации и по своему усмотрению я настоящим выражаю своё свободное и информированное согласие на проведение обследования методом магнитно-резонансной томографии с возможным введением контрастного вещества внутривенно. Я согласен/на, в случае необходимости для последующей диагностической или медицинской процедуры, с предоставлением результатов и данных другим врачам, медицинским учреждениям и медицинским страховым компаниям в объёме, разрешённом Законом о защите персональных данных. Я согласен/на с использованием анонимных данных, касающихся моего лечения, для целей публикации и обучения.

Дата: _____ **Собственноручная подпись пациента:** _____

Для несовершеннолетних лиц или лиц, ограниченных или лишённых дееспособности, заполнит законный представитель

Заполните в случае, если пациент, вследствие его/её состояния здоровья, не может подписать (например, из-за травмы верхней конечности):

Текущее состояние здоровья пациента не позволяет ему/ей подписать это согласие, поскольку:

Способ выражения воли(согласия): кивком головы: ДА-НЕТ жестом: ДА-НЕТ глазами: ДА-НЕТ

иначе: _____

Свидетель (фамилия и имя, подпись): _____

Дата, фамилия и имя, подпись и печать направляющего врача, который проверил ответы на вопросы и проинструктировал пациента: _____

Заявление квалифицированного медицинского работника, который проинструктировал пациента об обследовании:

Я заявляю, что должным образом проинформировал вышеупомянутого пациента (законного представителя) о цели, характере, последствиях, рисках, возможных осложнениях и альтернативах планируемого обследования способом, который, по моему мнению, ему/ей был понятен. Я также сообщил пациенту, что абсолютным противопоказанием к обследованию является имплантированный кардиостимулятор, дефибриллятор, кохлеарный имплант и металлические осколки в любом месте тела. Кроме того, я заявляю, что пациент был/а проинструктирован/а о том, что в случае тошноты или других осложнений во время обследования он/она может использовать звонок (шарик) для вызова персонала.

Печать и подпись ассистента радиолога, который проверил ответы на вопросы: _____