

Інформована згода пацієнта на обстеження

МАГНІТНИЙ РЕЗОНАНС

Прізвище та ім'я пацієнта:

Персональний ідентифікаційний номер:

Вага тіла:

Страхова компанія:

Для неповнолітніх осіб, осіб, не здатних дати згоду, або осіб, обмежених або позбавлених дієздатності, заповнить законний представник пацієнта або свідок, який був присутній при прояві згоди (якщо пацієнт не може підписати):

Ім'я та прізвище законного представника (опікуна):

Дата народження представника:

Причини, чому пацієнт не міг підписати згоду:

Шановний пане, шановна пані, шановні батьки,

виходячи з результатів клінічного обстеження стану здоров'я, лікуючий лікар рекомендував вам/вашій дитині обстеження методом магнітно-резонансної томографії (обстеження МРТ). Це один з найсучасніших методів обстеження, який в даний час дозволяє обстежити більшість органів людського організму, включаючи мозок, хребет, кровеносні судини, суглоби, таз та органи черевної порожнини. Обстеження не ґрунтується на принципі рентгенівських променів. У електромагнітної енергії, використовуваної в МРТ, до сих пір не були підтверджені шкідливі біологічні впливи. Незважаючи на це, ми вважаємо за краще уникати обстежень вагітних жінок протягом перших трьох місяців вагітності. Початок обстеження може бути відкладено в разі надзвичайної необхідності проведення екстреного обстеження. Ваша згода потрібна для проведення запропонованої медичної процедури. Щоб допомогти Вам прийняти рішення, ми хочемо надати Вам наступну інформацію.

Підстава для проведення процедури

Виявлення та оцінка можливого захворювання в обстежуваній області або перевірка та аналіз вже відомих змін для розгляду можливих подальших обстежень або терапевтичних процедур.

Альтернативи (інші можливості) процедури / лікування

Обстеження методом комп'ютерної томографії (КТ), яке обтяжене іонізуючим випромінюванням і більш частими алергічними реакціями при введенні контрастної речовини, або, де це доречно і можливо, обстеження ультразвуком. Інформація про те, чи є якась альтернатива (інший варіант) запропонованої медичної процедури, і чи є у вас можливість вибору з декількох альтернатив, була надана вам/вашій дитині лікуючим лікарем, який рекомендував провести цю медичну процедуру.

Ризики та можливі ускладнення процедури

Під час обстеження може з'явитися так звана панічна реакція, тобто страх перед замкнутим простором, боязнь, пригніченість, занепокоєння. Ви можете повідомити про цю проблему персоналу, який проводить обстеження, натиснувши сигнальну кнопку, яку під час обстеження тримайте в руці. Персонал негайно вирішить гостру проблему і має можливість вивести вас з тунелю за лічені секунди. Обстеження супроводжується високим рівнем шуму, створюваним компонентами приладу. Цей шум є нормальним явищем і не повинен вас турбувати. Зрозуміло, ми будемо раді надати вам Засоби захисту органів слуху. У деяких випадках необхідно застосовувати контрастну речовину (це хелати гадолінію, а не препарати йоду), тому бажано знати, чи відчував пацієнт алергічну реакцію в минулому. Після введення контрастної речовини можуть виникнути головний біль, нудота, короточасне запаморочення, біль у місці уколу. Дуже рідко можуть зустрічатися реакції алергічного типу-шкірний висип, блювота, проблеми з диханням, набряки, порушення ритму серця, пошкодження нирок. З цієї причини необхідно вказати, чи не страждає пацієнт від довгострокової ниркової недостатності. Виникнення алергічних реакцій на контрастні речовини, використовуваних при обстеженні методом магнітно-резонансної томографії, дуже рідко. Наш персонал ознайомлений з методикою управління алергічними реакціями. Можливе застосування контрастної речовини визначається лікуючим лікарем (рентгенологом). Якщо у вас алергія на контрастну речовину, то обстеження МРТ може бути проведено природно, тобто без введення контрастної речовини.

Годуючі матері повинні перервати годування грудьми на 24 години після введення контрастної речовини для МРТ, рекомендується до обстеження назбирати молоко про запас на цей період.

Обстеження на МРТ безпечно. Однак, воно може стати небезпечним, якщо у пацієнта в його тілі або на тілі є які-небудь металеві пристрої або предмети, тому необхідно зняти і видалити все до обстеження (зубні протези, слухові апарати, Протезні пристосування, бюстгальтер, поясний ремінь, перуку, шпильки для волосся, шпильки, спиці для волосся, шпильки і т. п.), металеві монети, ключі, Годинники, кредитні картки,

гаманець, окуляри, мобільний телефон, Пірсинг, кільця і ювелірні прикраси, в іншому випадку вони можуть завдати пошкодження або травмувати пацієнта або персонал.

Підготовка до процедури

Обстеження проводиться в сильному магнітному полі, воно безболісно і практично не вимагає ніякої спеціальної підготовки (крім обстеження черевної порожнини і таза). На обстеження мозку і лицьової частини приходьте без контактних лінз і гриму, без нанесення туші для вій, макіяжу, пудр, гелів для волосся, лаків і т.п. якщо ви будете нафарбовані, то вас попросять видалити макіяж.

Винятком є обстеження області черевної порожнини і таза:

* **МРТ ентерографія** (обстеження тонкої кишки) — для обстеження необхідно перед МРТ обстеженням абсолютно спорожнити кишечник від вмісту, тому рекомендується дієта протягом декількох днів.

* **МРТ обстеження печінки**, підшлункової залози-рекомендується перед обстеженням бути натщесерце (тобто не приймати ніякі рідини і їжу протягом 3-х годин).

* **МРТ обстеження таза**-рекомендується не пити протягом 2-х годин, а безпосередньо перед процедурою сходити в туалет.

Дії до і під час процедури (обстеження):

з міркувань безпеки та охорони здоров'я необхідно до і під час обстеження дотримуватися всі інструкції обстежуючого персоналу. Після входу в кабінку для підготовки **зніміть** вашу одяг, щоб уникнути присутності будь-яких металевих предметів в магнітному полі. **Також видаліть протези, слухові апарати, протезні пристрої, бюстгальтер, поясний ремінь, перуку, шпильки для волосся, шпильки, спиці для волосся, шпильки тощо. п., металеві монети, ключі, Годинники, кредитні картки, гаманець, окуляри, мобільний телефон, Пірсинг, кільця і ювелірні прикраси.** На обстеження ви можете принести свою власну сорочку з бавовняної тканини. Якщо потрібно застосувати контрастну речовину, в вашу вену буде введена канюля (пластична трубочка), і контрастну речовину буде вводиться в цю канюлю.

Після виконання вищевказаних дій вас запросять в кабінет для обстеження, де вже діє магнітне поле.

Асистент радіолога покладе вас на стіл для обстеження. Навколо або під обстежуваною частиною вашого тіла буде розміщена котушка, яка приймає відповіді з обстежуваної тканини. Потім вас завезуть на ліжку в тунель, що може викликати неприємні відчуття. Ми запевняємо вас, що в тунель подається свіже повітря з вентилятора, протягом усього обстеження персонал спостерігає за вами за допомогою камери, і ви можете з ним спілкуватися за допомогою мікрофона. Про будь-які труднощі можна сповістити обстежуючий персонал, **натиснувши сигнальну кнопку**, яку ви тримаєте в руці протягом усього обстеження. Протягом всього часу обстеження, яке триває близько 15-45 хвилин, лежите спокійно, **не рухайтесь**, не дуйте ніс, не дряпайтеся і дихайте рівномірно. **Кожен ваш рух зробить обстеження недійсним.** При обстеженні органів черевної порожнини вас кілька разів попросять затримати дихання на короткий час, близько 15-20 секунд. Обстеження супроводжується високим рівнем шуму, створюваним компонентами приладу. Цей шум є нормальним явищем і не повинен вас турбувати. Зрозуміло, ми будемо раді надати вам Засоби захисту органів слуху.

Після процедури (обстеження):

У разі будь-яких проблем негайно повідомте про це нашому персоналу. Після завершення обстеження вас відвезуть назад в кабінку, уважно перевірте всі відкладені речі, після чого ви зможете піти додому. **Після обстеження із застосуванням контрастної речовини пацієнт повинен почекати ще 20 хвилин у приймальні** через можливість сповільненої алергічної реакції на контрастну речовину. Якщо після обстеження із застосуванням контрастної речовини у вас з'являються симптоми алергії (шкірний висип, нудота, задишка) лише після того, як ви покинете медичний заклад, Вам слід негайно звернутися до Вашого лікаря або в службу невідкладної медичної допомоги. Годуючі матері повинні після введення контрастної речовини перервати годування грудьми на 24 години, поки контрастна речовина не буде виведено з організму. Після проведеного обстеження із застосуванням контрастної речовини необхідна достатня гідратація, тобто як мінімум 2 літри рідини. МРТ обстеження ніяк не обмежить звичний спосіб життя вас або вашої дитини.

Після обстеження отримана інформація обробляється, письмові результати будуть автоматично відправлені лікаря, який відправив вас на обстеження. За окрему плату ми можемо записати копію отриманих зображень МРТ обстеження на наш носій CD або відправити копію висновку (опису) на вашу особисту адресу електронної пошти після заповнення формуляра спеціальної згоди.

Якщо у вас є кардіостимулятор, імплантований дефібрилятор, кохлеарний імплант або металеві осколки після травми в будь-якому місці вашого тіла, то ви не повинні піддаватися обстеженню методом магнітно-резонансної томографії!!!

Будь ласка, попередьте про цю обставину наших співробітників!!!

Обстеження на МРТ безпечно. Однак, воно може стати небезпечним, якщо у пацієнта в його тілі або на тілі є які-небудь металеві пристрої або предмети. Сильне магнітне поле може порушити функцію або змінити положення будь-яких металевих предметів, які коли-небудь вводилися в ваше тіло, швидше за все, цілеспрямовано, під час хірургічних операцій.

Тому важливо правдиво заповнити наступну анкету.

Відповідь "**ТАК**" на деякі з наведених нижче питань **не означає**, що обстеження не може бути проведений. У разі неясностей та інших питань, будь ласка, зверніться до персоналу відділення МРТ.

Напишіть правдиво Так чи Ні будь ласка, не прокреслюйте!

У вас є кардіостимулятор, дефібрилятор або інший пристрій, який впливає на роботу серця?

Чи був у вас раніше кардіостимулятор, дефібрилятор або інший пристрій і чи залишилися електроди?

У вас є нейростимулятор, якийсь тип біостимулятора чи інший електронний пристрій?

У вашому тілі є метал після операції хребта? Якщо так, вкажіть рік операції:

Ви після операції вставлення штучного суглоба?

У вашому тілі є який-небудь металевий матеріал або метал після операції перелому кістки? Якщо так, вкажіть рік і вкажіть місце розташування:

Вас коли-небудь вражали кулі, шрапнель, дріб, осколки гранати?

Чи є у вашому тілі якісь металеві сторонні предмети (стружка, голка, дріт, шина і т. д.)?

Якщо так, вкажіть деталі:

Вам були введені стенти (опори судин)? Якщо так, вкажіть рік введення:

Чи є у вашому тілі судинні затискачі або інші предмети в судинах (наприклад, матеріал для емболізації, спіралі) після операції? Якщо так, вкажіть деталі:

Чи був вам введений кавальний фільтр (фільтр нижньої порожнистої вени)? Якщо так, вкажіть рік введення:

Чи вводили вам раніше внутрішньовенно контрастну речовину при обстеженні МРТ?

Якщо було застосовано контрастну речовину для МРТ, чи була у вас алергічна реакція?

У вас в минулому була алергічна реакція на будь-які ліки? Якщо так, вкажіть назву:

Чи страждаєте ви від клаустрофобії (боязнь обмеженого простору)?

У вас є кохлеарний імплантат (для підтримки слуху)?

У вас є вушний слуховий апарат?

У вас є в оці осколок або інше чужорідне металеве тіло?

У вас є очний протез?

У вашому тілі є аневризматичний судинний затискач (кліп)?

У вас є заміна серцевого клапана?

У вашому тілі є якийсь інший пристрій (наприклад, інсуліновий насос)?

Ви лікуєтесь від астми?

Ви після трансплантації органу (печінки, нирок ...)?

У вас є цукровий діабет?

У вас підвищена схильність до кровотечі або, навпаки, до підвищеної згортання крові?

У вас є брекети?

Ви страждаєте від захворювання або зниженої функції нирок?

У вас є незнімний пірсинг?

У вас є зубний протез або незнімна заміна?

У вас є татування?

Перманентний макіяж?

Для жінок: ви вагітні? Якщо так, то на якому тижні?

Годуєте грудьми?

У вас є внутрішньоматкова спіраль?

Для чоловіків: у вас є пенільний імплантат (протез у пенісі)?

Якщо у ваше тіло був імплантований металевий предмет, з яким можна провести МРТ, то ця обставина необхідно підтвердити довідкою з установи, в якому його імплантувати.

Декларація пацієнта (або його законного представника)

Я, що нижче підписався / ася, заявляю, що я був / а зрозумів і детально ознайомлений / а з усіма вищезазначеними фактами, включаючи попередження про можливі ризики, ускладнення та їх рішення. Мені пояснили альтернативні варіанти і можливі ризики в разі відмови від процедури. Я зрозумів / а їх, мав / а можливість задати додаткові запитання, на які мені відповіли, і я повністю зрозумів/а інформацію та роз'яснення. Я не приховував / а ніяких відомих мені відомостей про мій стан здоров'я (про стан здоров'я моєї дитини), які могли б несприятливо вплинути на моє лікування (лікування моєї дитини) або створити загрозу моєму оточенню, зокрема, шляхом поширення інфекційного захворювання. Я заявляю, що я правдиво відповів / а на питання, задані у цьому документі. На підставі наданої інформації і на свій розсуд я цим висловлюю своє вільна та інформована згода на проведення обстеження методом магнітно-резонансної томографії з можливим введенням контрастної речовини внутрішньовенно. Я згоден / на, в разі необхідності для подальшої діагностичної або медичної процедури, з наданням результатів і даних іншим лікарям, медичним установам і медичним страховим компаніям в обсязі, дозволеному Законом Про захист персональних даних. Я згоден / на з використанням анонімних даних, що стосуються мого лікування, для цілей публікації та навчання.

Дата: _____ **Власноручний підпис пацієнта:** _____

Для неповнолітніх осіб або осіб, обмежених або позбавлених дієздатності, заповнить законний представник

Заповнить в разі, якщо пацієнт, внаслідок його / її стану здоров'я, не може підписати (наприклад, через травми верхньої кінцівки):

Поточний стан здоров'я пацієнта не дозволяє йому / їй підписати цю згоду, оскільки:

Спосіб вираження волі (згоди): кивком голови: **так-ні** жестом: **так-ні** очима: **так-ні**
не інакше як: _____

Свідок (прізвище та ім'я, підпис): _____

Дата, прізвище та ім'я, підпис та печатка направляючого лікаря, який перевірів відповіді на запитання і проінструктував пацієнта:

Заява кваліфікованого медичного працівника, який проінструктував пацієнта про обстеження:

Я заявляю, що належним чином поінформував вищезгаданого пацієнта (законного представника) про мету, характері, наслідки, ризики, можливі ускладнення і альтернативи планованого обстеження способом, який, на мою думку, йому / їй був зрозумілий. Я також повідомив пацієнту, що абсолютним протипоказанням до обстеження є імплантований кардіостимулятор, дефібрилятор, кохлеарний імплантат та металеві осколки в будь-якому місці тіла. Крім того, я заявляю, що пацієнт був/а проінструктований/а про те, що в разі нудоти або інших ускладнень під час обстеження він/вона може використовувати дзвінок (кулька) для виклику персоналу.

Печатка та підпис асистента радіолога, який перевірів відповіді на запитання: