Информированное добровольное согласие пациента на выполнение компьютерной томографии/магнитнорезонансной томографии с болюсным контрастным усилением (внутривенным введением контрастного вещества).

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТА.

Йодсодержащие препараты нового поколения, так называемые рентгеноконтрастные вещества, и МР- контрастные вещества редко вызывают аллергические и аллергоподобные реакции. Однако Вы должны знать, что инъекция любого препарата таит в себе определенный риск. Побочные реакции при использовании современных контрастных веществ редки, могут проявляться в виде тошноты, рвоты, бронхоспазма, высыпаний на коже, жара. Крайне редко могут случиться более серьезные реакции на контрастный препарат (резкое падение артериального давления).

ПЕРЕД НАЧАЛОМ ИССЛЕДОВАНИЯ СООБЩИТЕ СЛЕДУЮЩИЕ СВЕДЕНИЯ О СЕБЕ.

☐ Обследовались ли Вы в прошлом с использованием рентгеноконтрастных, МР-контрастных препаратов? Да нет.
В случае обследования имела ли место побочная реакция на введение препарата да нет
какая_____

☐ Есть ли у Вас непереносимость йода? да нет.

☐ Ранее были аллергические реакции? да нет.

☐ Страдаете ли Вы бронхиальной астмой? да нет.

☐ Какими хроническими заболеваниями Вы страдаете (подчеркнуть или добавить в этот перечень): тугоухость, заболевания почек, печени, щитовидной железы, сердечно-сосудистая недостаточность, сердечно-легочная недостаточность, сахарный диабет, нарушения ритма, заболевания крови, множественная миелома, другие: _____

☐ Для женщин: есть ли на момент исследования беременность да нет.

ЕСЛИ ВЫ ЗНАЕТЕ ИЛИ ПРЕДПОЛАГАЕТЕ, ЧТО ОТНОСИТЕСЬ К ГРУППЕ ПОВЫШЕННОГО РИСКА, ОБЯЗАТЕЛЬНО ИНФОРМИРУЙТЕ ОБ ЭТОМ ВРАЧА:

Подчеркните: Да Нет Подпись_____

Я, (Фамилия И.О.) _____ заявляю этим **добровольное согласие** на проведение КТ/МРТ исследования с болюсным контрастным усилением, сведения о котором получил от медицинского персонала. С информацией для пациентов ознакомлен. О возможных побочных явлениях и осложнениях, возникающих при введении контрастных веществ и оказании реанимационно-анестезиологического пособия, **предупрежден.**

Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено мне сотрудниками медицинского центра.

Мое решение провести исследование является свободным и добровольным, что я удостоверяю своей подписью.

Дата «___» _____20___г. Подпись _____

№ амбулаторной карты _____

Фамилия и подпись врача, получившего информированное добровольное согласие _____