

## Информированное добровольное согласие на проведение магнитно-резонансной томографии

Я, \_\_\_\_\_, «\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина)  
зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_,  
(адрес места жительства гражданина)

в отношении \_\_\_\_\_,  
(ФИО пациента при подписании согласия законным представителем, дата рождения)  
проживающего (ей) \_\_\_\_\_,  
(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

на основании \_\_\_\_\_,  
(реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя)

Мне/представляемому лицу назначена магнитно-резонансная томография (МРТ)

\_\_\_\_\_ (указать область, вид исследования)

**Я подтверждаю**, что мне в доступной и понятной форме разъяснены особенности исследования, а также наличие возможного риска при проведении исследования.

**Я подтверждаю** отсутствие у меня в теле любых металлических инородных тел, кардиостимулятора, ферромагнитных имплантатов (протезы внутреннего уха, тазобедренного сустава, клипсы на кровеносных сосудах и т.д.); отсутствие беременности и подтверждаю свое согласие на выполнение мне исследования МРТ

✓ Подпись пациента (законного представителя пациента) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

**ПРИ НАЛИЧИИ МЕТАЛЛИЧЕСКИХ ИМПЛАНТОВ** вопрос о возможности проведения исследования решается в индивидуальном порядке врачом-специалистом на основании представленной медицинской документации.

**Я подтверждаю**, что мне/представляемому лицу установлены следующие имплантаты (указать тип - стент, клипса, фиксирующая конструкция, кава-фильтр, клапан и т.д., дату установки и наличие паспорта на имплантат).

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_

В случае отсутствия документации на установленные имплантаты, либо отсутствия в предоставленной документации сведений о безопасности выполнения МРТ с данным имплантатом я понимаю, что назначенное мне/представляемому лицу исследование не безопасно, так как установленные имплантаты могут сместиться под воздействием магнитного поля и/или нагреться под воздействием радиочастотных импульсов.

**Я подтверждаю**, что мне в доступной и понятной форме разъяснены опасные для здоровья и жизни последствия, связанные с выполнением данного исследования, и я полностью осознаю, что целиком и полностью принимаю на себя всю ответственность за возникновение возможных осложнений и подтверждаю выполнение мне/представляемому лицу исследования МРТ

\_\_\_\_\_ (указать вид обследования)

В случае возникновения у меня/представляемого лица осложнений после проведения исследования, претензий к учреждению иметь не буду.

✓ Подпись пациента (законного представителя пациента) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Я добровольно даю согласие на проведение мне/представляемому лицу магнитно-резонансной томографии.

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

«\_\_» \_\_\_\_\_ Г.  
(дата оформления)

**Для уточнения Вашего состояния, наличия противопоказаний к проведению МРТ, просим Вас внимательно ознакомиться с анкетой и ответить на поставленные вопросы:**

	да	нет
Подвергались ли вы операциям?		
У Вас когда-либо было ранение глаза и\или тела металлическим объектом (например, металлические осколки, стружка, инородные тела и т.п.)?		
Есть ли у Вас клаустрофобия? (боязнь замкнутого пространства)		
Есть ли у Вас анемия или другие заболевания крови?		
Имеете ли вы диагноз «эпилепсия», «инфаркт», «инсульт», «хроническая сердечная недостаточность»?		
Были ли у Вас (или есть) онкологические заболевания?		
Проходите (или проходили ранее) ли Вы химиотерапию, лучевую терапию?		
Были ли у Вас заболевания почек, астма или аллергические реакции на какие-либо вещества?		
Была ли у Вас когда-либо реакция на контрастный препарат, применяемый при МРТ ?		
Беременны ли Вы, или подозреваете беременность? Кормите ли Вы грудью?		
Принимаете ли Вы оральные контрацептивные препараты, проходите ли Вы гормональное лечение?		
Состоите ли вы на учете у психиатра, психоневролога, нарколога?		

**Укажите, есть ли у Вас что-либо из ниже перечисленного:**

	да	нет
Водитель сердечного ритма, Протез сердечного клапана		
Импантированный сердечный дефибрилятор		
Сосудистые клипсы		
Нейростимулятор		
Импантированный инсулиновый насос		
Металлическое устройство фиксации шеи и/или позвоночника		
Слуховой аппарат, ушной протез		
Любой тип внутрисосудистых фильтров, сеток и т.п.		
Протез орбиты/глаза		
Любой тип хирургического клипа (скрепки)		
Внутрижелудочковый шунт		
Любой импантированный ортопедический объект (например, искусственный сустав, штифт, шуруп, пластина, проволока и т.п.)		
Зубные протезы		
Татуировка линии глаз или на коже другой области тела, дермальные пластыри?		
<b>Если было отмечено хотя бы одно «ДА», МР-исследование может быть противопоказано.</b>		

**Я даю согласие** на обработку моих персональных данных – томограмм, электроэнцефалограмм, протоколов и фотографий (далее - ПД), путем сбора, записи, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), извлечения, использования, передачи (распространения, предоставления, доступа, трансграничной передачи), обезличивания, блокирования, удаления, уничтожения и любых других действий с ПД.

✓ Подпись пациента (законного представителя пациента) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /