**Информированное добровольное согласие пациента**

**на выполнение диагностических рентгенологических исследований**

**(рентгенографии, компьютерной томографии)**

**с применением йодсодержащих контрастных препаратов**

г. Мурманск «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.

Согласно Федерального закона № 323 от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федерального закона «О радиационной безопасности населения» № 3 от 05.12.1995 года (в редакции Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ), приказа МЗ СССР «Об упорядочении рентгенологических обследований» № 129 от 29 марта 1990 года, приказа МЗ РСФСР «О совершенствовании службы лучевой диагностики» № 132 от 02.08.1991 года, СанПин 2.6.1.1192-03 «Гигиенические требования к устройству и эксплуатации рентгеновских кабинетов, аппаратов и проведению рентгенологических исследований».

Мне,

*(Ф.И.О. пациента или его законного представителя)*

проживающему по адресу:

*(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)*

Лечащим врачом назначено(а)

и разъяснены показания и противопоказания к проведению рентгенологического исследования и необходимости введения рентгеноконтрастного препарата (внутривенно, в дренаж установленный в брюшную полость, спинномозговой канал, фистулу, уретру, мочевой пузырь, пищевод и др. ).

Содержание указанного выше рентгенологического исследования, связанных с ним всех видов рисков, возможные осложнения и последствия, включая нетрудоспособность, снижение качества жизни и летальный исход мне известны.

Мне также разъяснена возможная дозовая нагрузка \_\_\_\_\_\_\_\_\_ и её влияние на мой организм. Я понимаю, что в ходе выполнения исследования может возникнуть необходимость выполнения дополнительных и/или других методов исследования, что может увеличить дозовую нагрузку на организм.

Я хорошо понял(а) все разъяснения врача.

**До меня в полном объеме доведена информация о возможных побочных действиях на введение рентгеноконтрастных препаратов:**

* Могут наблюдаться ощущения жара, тошнота, рвота, покраснение кожных покровов;
* Возможно возникновение серьезных реакций, проявляющихся изолированными или сочетанными расстройствами со стороны разных органов и систем: кожных покровов, дыхательной, нервной, пищеварительной, сердечно-сосудистой, вплоть до коллапса различной степени тяжести, а также шока и/или остановки сердечной деятельности. Эти реакции непредсказуемы, могут быть ранними и отсроченными; чаще развиваются у лиц, страдающих аллергическими заболеваниями (астма, экзема, крапивница, сенной насморк, пищевая и медикаментозная аллергия) или имеющим повышенную чувствительность к введению йодированных контрастных препаратов в анамнезе.

Я,

*(Ф.И.О.)*

доверяю врачу и его коллегам принять соответствующее решение и выполнить необходимые медицинские действия, которые врач сочтет необходимым для улучшения моего здоровья и повышения качества диагностики заболеваний.

**Относительными противопоказаниями для рентгенологического исследования с применение йодсодержащих контрастных препаратов являются:**

* Беременность на протяжении всего срока (при этом исследования выполняются только по жизненным показаниям и при проведении консилиума);
* Отягощенный анамнез (пребывание в зонах радиоактивных катастроф, проведение пациенту курсов лучевой терапии, менее чем за 6 месяцев до настоящего времени);
* Выполнение других рентгенологических исследований, связанных с большой лучевой нагрузкой, работа с использованием источников ионизирующего излучения;
* Выраженные аллергические реакции в анамнезе) на йодсодержащие контрастные препараты;
* Кровотечение или открытый пневмоторакс до момента оказания медицинской помощи;
* Выраженное нарушение функции почек и печени;
* Выраженный гипертиреоз;
* Декомпенсированная сердечная недостаточность;
* и др.

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

Подчеркните: Да\_\_\_\_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Учитывая вышеизложенное, обязуюсь известить лечащего врача о наличии вышеперечисленных противопоказаний до проведения рентегнологического обследования.

ПЕРЕД НАЧАЛОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ТАКЖЕ СООБЩИТЕ СЛЕДУЮЩИЕ СВЕДЕНИЯ О СЕБЕ:

* Обследовались ли Вы в прошлом с использование рентгеноконтрастных препаратов?

(подчеркнуть: **да, нет**)

В случае обследования имела ли место побочная реакция на введение препарата (подчеркнуть: **да, нет**)

какая

* Наблюдается ли у Вас непереносимость йода (подчеркнуть: **да, нет**)
* Наличие в анамнезе аллергических реакций, заболеваний (подчеркнуть: **да, нет**). При наличии, указать какие аллергические реакции (крапивница, отёк, бронхоспазм, судороги, отёк гортани, отёк лёгких, сосудистый коллапс и т.п.), на какие агенты (лекарственные вещества, пищевые продукты, пыльца и т.п.), какие заболевания подчеркните, поставьте Вашу подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Если были другие побочные реакции – укажите какие:

* Наличие хронических заболеваний ( подчеркнуть или добавить в это перечень): бронхиальная астма, хронические или острые заболевания почек, печени, щитовидной железы, сердечно-сосудистая недостаточность, сердечно легочная недостаточность, сахарный диабет, заболевания крови, множественная миелома, серповидно-клеточная анемия, полицитемия, феохромоцитома, какие )
* Наличие на момент исследования беременности (подчеркнуть: **да, нет, затрудняюсь ответить**).
* Вредные привычки (алкоголь, курение, наркотики – подчеркнуть).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Подпись пациента или его законного представителя)*

 Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Ф.И.О. пациента или его законного представителя)*

внимательно ознакомился с данным документов и **даю добровольное информированное согласие**, принимая осознанное решение осуществить предложенное мне рентгенологическое исследование с применением контрастных препаратов. Право на принятие решения о проведении рентгенологического обследования принято мной в добровольном порядке. С информацией для пациентов ознакомлен. О возможных побочных явлениях и осложнениях, возникающих при введении контрастных веществ и о возможном оказании ренимационно-анестезиолгического пособия, предупрежден.

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.

 *(Подпись пациента или его законного представителя)*

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.

 *(Ф.И.О. и подпись врача, получившего информированное согласие)*