

ООО «Медицина плюс»
Медицинский центр «Dr.Life»
Кабинет Компьютерной томографии

Уважаемый пациент!

Вам назначено СКТ-исследование с внутривенным контрастным усилением. При этом внутривенно вводится специальное вещество – рентгеноконтрастный препарат. Данный препарат обеспечивает усиление контрастности изображений, помогает в дифференциации нормальных и патологических структур, по степени и характеру накопления контрастного вещества, позволяет в ряде случаев предположительно высказаться о гистологическом характере патологии. Контрастные вещества, используемые для КУ при МКСТ являются неионными йодсодержащими веществами.

**Отказ от применения контрастного усиления
может привести к снижению информативности исследования и ошибкам
в интерпретации патологических изменений.**

Противопоказаниями к применению контрастных препаратов является гиперчувствительность к контрастным веществам, нарушение функции почек, печени и щитовидной железы. Если у Вас имеются данные заболевания или в прошлом были аллергические реакции на йод или йодсодержащие вещества, **обязательно об этом сообщите персоналу кабинета СКТ перед исследованием.**

Если Вы не уверены в наличии или отсутствии нарушения функций щитовидной железы, почек и печени, целесообразно проконсультироваться с Вашим лечащим врачом, или профильным специалистом (аллерголог, невролог, эндокринолог). С содержанием ознакомлен (а), даю согласие на:

- Исследование с контрастным усилением
- Исследование без контрастного усиления

Ф., И., О. пациента _____

Подпись пациента _____

Дата заполнения _____

Я, _____, обращаюсь в ООО «Медицина плюс» для проведения мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ):

(указать область исследования)

Мне в доступной форме была сообщена информация о предстоящем диагностическом исследовании, его стоимости, возможности проведения дополнительного исследования.

Я был(а) предупрежден(а) о том, что компьютерная томография является рентгеновским методом диагностики, связана с облучением пациента, поэтому проведение МСКТ в период беременности сопряжено с угрозой здоровью плода.

Я получил(а) информацию о необходимости оплаты исследования, в том числе в случаях расхождения между видами исследований, указанных в направлении моего лечащего врача, в списке услуг, оплачиваемых медицинской страховой компанией и теми исследованиями, которые я лично считаю необходимым провести.

Я знаю, что в целях максимальной эффективности проводимого обследования, я обязан(а) поставить в известность врача-рентгенолога о всех проблемах, связанных с моим здоровьем, наследственностью, аллергическими реакциями, индивидуальной непереносимостью лекарственных веществ и пищевых продуктов, а также курении табака, злоупотреблением алкоголем или наркотическими препаратами в настоящее время и в прошлом.

Я предупрежден(а) о необходимости предоставления медицинской документации, касающейся заболевания, в связи с которым, я прохожу обследование. Я извещен(а) о необходимости предоставления результатов предыдущих исследований изображений КТ, МРТ или рентгенограмм.

Я предупрежден(а) о возможных аллергических реакциях на контрастные вещества, используемые при исследовании с контрастным усилением (КУ).

Я имел(а) возможность задать интересующие меня вопросы персоналу медицинского центра.

Я утверждаю, что все вышеперечисленное, мною прочитано и полностью понято. Я подписываю это согласие на основании моего свободного волеизъявления, в ясном сознании и памяти. Я понимаю, что данный документ является юридическим, с правовыми последствиями для меня.

Я даю свое добровольное согласие на проведение компьютерной томографии.

Подпись пациента _____

Дата заполнения _____