|  |  |
| --- | --- |
| **Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**  (в соответствии со статьей 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации») | Дата: **\_\_\_\_\_\_\_**  Уникальный номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Я, |  | | , |
| (ФИО, дата рождения, адрес места жительства и телефон гражданина (пациента либо законного представителя лица, не достигшего возраста 15 лет,  или больного наркоманией, не достигшего возраста 16 лет, или лица, признанного в установленном порядке недееспособным,  если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство) | | | |
| являясь законным представителем пациента – | |  | , |
|  | | (ФИО, дата рождения, адрес места жительства пациента) |  |
| статус законного представителя - мать, отец, опекун, попечитель (нужное подчеркнуть, копию подтверждающего полномочия документа приложить) | | | |

даю настоящее согласие Обществу с ограниченной ответственностью «Решение» на проведение пациенту и подтверждаю предоставление медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методе оказания медицинской помощи, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

1. Я полностью проинформирован(а) об исследовании методом **компьютерной томографии** и о том, что он является рентгеновской диагностической методикой и заключается в получении изображений, путем воздействия на организм направленным пучком рентгеновского излучения.

2. Мне разъяснено, что **компьютерная томография (КТ)** может быть достаточно информативной и эффективной только в случае выполнения пациентом определенных условий и требований: некоторые предметы могут быть причиной искажения получаемых изображений, в зависимости от области исследования, и поэтому, их следует оставить в раздевалке - слуховой аппарат, зубной и др. съемные протезы, предметы с металлическими элементами. Для получения качественного результата исследования пациенту необходимо: сохранять полную неподвижность тела; при некоторых исследованиях внимательно слушать и выполнять указания оператора по задержке дыхания, не волноваться, т.к. во время исследования возникают различные звуки - это нормальный режим работы томографа; мне известно о необходимости подготовки к некоторым исследованиям (брюшной полости, малого таза, сосудов).

Я подтверждаю, что достоверно проинформировал(а) врача об известных мне перенесенных или хронических заболеваниях (активная форма туберкулеза; заболевания, передающиеся через кровь, включая гепатиты В или С; вирус иммунодефицита человека, острые и хронические заболевания почек); о наличии/отсутствии беременности , проведённых оперативных вмешательствах, аллергических реакциях и индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, а именно:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Мне разъяснено, что КТ ангиография, аортография, коронарография проводятся с контрастным усилением путем внутривенного болюсного введения (электронным шприцем под давлением) большого объема контрастного препарата (50-150 мл), исследование брюшной полости и малого таза проводятся с приемом рентгеноконтрастного препарата через рот до исследования; в случае отказа пациента от контрастирования информативность исследования значительно снижается. Я информирован(а) о возможных аллергических реакция при введении контрастного вещества и противопоказаниях к его введению: тяжелые аллергические реакции на йодсодержащие препараты в анамнезе, бронхиальная астма тяжелого течения, гипертиреоз, планируемое в ближайшее время лечение радиоактивным йодом. Я понимаю, что возникновение осложнений и дискомфортных состояний не является следствием некачественно оказанной услуги, поскольку введение контрастного вещества может вызвать индивидуальную реакцию. Настоящим подтверждаю, что ознакомлен(а) с инструкцией по медицинскому применению контрастного вещества.

3. Я подтверждаю, что информирован(а) о вредном воздействии рентгеновского излучения и настоящим сообщаю о предыдущих рентгенологических исследованиях за последние 6 (шесть) месяцев текущего года: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО, подпись).

4. Я подтверждаю, что врачом медицинской организации и моим лечащим врачом мне разъяснена возможность проведения исследования без взимания платы в рамках программ государственной и территориальной гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Я согласен (согласна) оплатить исследование и получил(а) информацию о стоимости исследования и условиях оплаты. Я готов (готова) оплатить исследование по ценам действующего перечня платных медицинских услуг до выдачи мне результата, в том числе при возникновении расхождений с направлением моего лечащего врача.

5. Я подтверждаю, что информирован(а) о возможности отказаться от проведения исследования на любом его этапе до получения результатов исследования, сознавая возможность наступления последствий отказа от этой диагностической процедуры для моего здоровья, если она строго рекомендована к проведению моим лечащим врачом.

6. Мне разъяснены следующие условия хранения снимков: хранить плёнку, диск, флеш-карту в сухом, тёмном месте, не подвергать снимки механическому (скручивание) и/или магнитному воздействию.

7. Я разрешаю принимать решение о расширении зоны исследования и в течение двух месяцев, начиная с даты проведения исследования, передать заключение и снимки по результатам исследования следующему лицу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО, тел.уполномоченного лица)

8. Я даю разрешение врачу на проведение консилиума врачей и консультацию других специалистов в целях оказания мне квалифицированной медицинской помощи.

9. Я имел(а) возможность задать вопросы врачу, касающиеся исследования:

Вопрос: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ответ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Я ознакомлен(а) со всеми положениями настоящего документа**, вышеизложенная информация мне разъяснена и понятна, что **подтверждаю своей подписью**:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ФИО гражданина (пациента либо законного представителя лица, не достигшего возраста 15 лет, или больного наркоманией, не достигшего возраста 16 лет, или лица, признанного в установленном порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию неспособно дать согласие на медицинское вмешательство **собственноручно** полностью, подпись) | | | |  |  |  | | | |  |
|  |  | Снимки на диске получил(а)  Заключение на бумажном носителе получил(а) | | | |  |
|  |  |  | |  |  |  |
|  |  | (дата) | |  | (подпись Пациента/Заказчика) |  |
|  |  |  | | | |  |
| **Врач -** | **рентгенолог** |  |  |  |  | **e-mail:** |  | | |  |
|  | (специальность) |  | (ФИО, подпись) |  |  |  | | | |  |

**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

(в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»)

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО пациента от 14 до 18 лет либо пациента старше 18 лет либо законного представителя пациента, не достигшего возраста 14 лет, или лица, признанного в установленном порядке недееспособным или ограниченно дееспособным), паспорт:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , проживающий(ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, являясь законным представителем пациента - **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (указать: мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) (ФИО пациента, не достигшего возраста 18 лет, или лица, признанного в установленном порядке недееспособным или ограниченно дееспособным), дата рождения: , адрес места жительства: , действуя за себя и в интересах пациента, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских услуг, даю оператору - Обществу с ограниченной ответственностью «Решение», находящемуся по адресу: г. Пермь, ул. Баумана, д. 3, далее именуемому «медицинская организация», согласие на обработку моих персональных данных и персональных данных пациента, в том числе: фамилию, имя, отчество, пол, дату и место рождения, паспортные данные или данные другого документа, удостоверяющего личность, адрес регистрации и фактического проживания, номера домашнего и мобильного телефонов, адресов электронной почты, реквизитов полисов ОМС и ДМС, место работы/учебы, сведений о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, для чего предоставляю право осуществлять все действия с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение; на передачу персональных данных внутри медицинской организации, в иные медицинские организации и привлеченным специалистам в рамках проведения врачебного консилиума и в научных целях, а также обучающимся в рамках практической подготовки по образовательным программам медицинского образования, в страховые медицинские организации; на обработку персональных данных в ручном и/или автоматизированном режиме во внутренней сети оператора и/или других организаций, связанных с оператором договорными отношениями. **Настоящее СОГЛАСИЕ выдано без ограничения срока** (ФИО пациента/ законного представителя пациента, подпись **собственноручно**) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Настоящее СОГЛАСИЕ выдано с согласия законного представителя - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать: мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)ФИО законного представителя собственноручно: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , дата: **\_\_\_\_\_\_\_**