|  |  |
| --- | --- |
| **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 мне (пациенту) 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. Мне разъяснено, что МРТ – это способ получения [томографических](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D0%BE%D0%BC%D0%BE%D0%B3%D1%80%D0%B0%D1%84%D0%B8%D1%8F) медицинских изображений для исследования внутренних органов и тканей с использованием явления [ядерного магнитного резонанса](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AF%D0%B4%D0%B5%D1%80%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D0%BC%D0%B0%D0%B3%D0%BD%D0%B8%D1%82%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D1%80%D0%B5%D0%B7%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D0%BD%D1%81).

2. Мне разъяснено, что магнитно-резонансная томография может быть достаточно информативной и эффективной только в случае предоставления мною полной и достоверной информации о пациенте и выполнения пациентом нижеуказанных требований.

Я информирован(а) и понимаю, что проведение МРТ **абсолютно противопоказано** при наличии у пациента: кардиостимулятора (водителя сердечного ритма); кохлеарного (внутриушного) импланта, интраокулярных линз (ИОЛ); любых имплантированных в тело пациента электронных приборов (мио-, нейростимуляторов, инсулиновой помпы, койлов, инъекторов, др.); клипс, зажимов, скоб, спиралей и фильтров в сосудах головного мозга и магистральных сосудах; металлических осколков, дроби, пуль в теле пациента; несъёмных металлических конструкций (аппарат Илизарова, другие импланты/протезы); металлических магнитных стентов, искусственных ферромагнитных клапанов сердца.

При записи на исследование я информирован(а) о необходимости самостоятельно провести подготовку при исследованиях органов брюшной полости, малого таза, прямой кишки. В случае плохой подготовки информативность исследования может быть снижена или в исследовании может быть отказано.

Я ознакомлен(а) с правилами поведения пациента в медицинской организации, информирован(а) о необходимости до исследования представить направление на исследование (при наличии), сообщить персоналу цель исследования, ответить на вопросы персонала, связанные со сбором анамнеза, снять с тела все металлические предметы и украшения, съёмные зубные и другие протезы. Во время исследования сохранять неподвижность, следовать рекомендациям персонала, в том числе выполнять голосовые команды о задержке дыхания (при некоторых видах исследований). Я информирован(а), что работа томографа сопровождается громкими звуками, стол томографа двигается, вибрирует, незначительно нагревается, возможны единичные мышечные подёргивания, – это нормальный ход исследования.

Я достоверно информировал(а) врача о следующих известных мне перенесенных острых или хронических заболеваниях пациента (туберкулёз; гепатиты В или С; острые и хронические заболевания почек, вирус иммунодефицита человека, др.); о наличии/отсутствии беременности , проведённых оперативных вмешательствах, аллергических реакциях и индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, а именно: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

3. 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.

4. Я информирован(а) о возможности отказаться от проведения исследования на любом его этапе до получения результатов исследования, сознавая возможность наступления неблагоприятных последствий отказа для здоровья, если исследование рекомендовано к проведению лечащим врачом.

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

6. Я подтверждаю, что информирован(а) о возможных аллергических реакциях при применении контрастного вещества и ознакомлен(а) с Инструкцией по медицинскому применению контрастного вещества.

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

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

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

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 пленке/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, дом 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, 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_