ООО «Эм Эр Ай клиник» г. Курган, ул. М. Ульяновой 4 тел:8-3522-630-555.
Приложение к договору №_____ от 30.03.2017

Информированное согласие
на проведение магнитно-резонансной томографии

Я,_____ обращаясь в центр магнитно-резонансной томографии «MRI Clinic» с целью проведения магнитно-резонансной томографии, а именно:
МРТ-

настоящим документом подтверждаю следующее:
1. В доступной форме была сообщена информация о предстоящем диагностическом исследовании: стоимость исследования, суть процедуры, этапы ее проведения.

2. Я был(а) проинформирован(а) о существующих противопоказаниях к проведению МР - исследований, о возможных осложнениях, связанных с нарушением рекомендаций персонала центра магнитно-резонансной томографии. Врачом МРТ мне разъяснено, что противопоказания для МР - исследований обусловлены помещением пациента в закрытое пространство в сильное магнитное поле.

Абсолютные противопоказания к МРТ:
- Электронные, магнитные, механические кардиостимуляторы;
-Ферромагнитные и электрические протезы стремечка;
-Гемостатические клипсы ЦНС;
-Металлические осколки в глазницах;
-Провода и другие механические объекты, соприкасающиеся с кожей;
-Вес больного более 140 кг.

Относительные противопоказания:
-Инсулиновые насосы;
-Нервные стимуляторы, электроды;
-Неметаллические протезы стремечка;
-Слуховые имплантаты;
-Искусственный клапан сердца;
-Гемостатические клипсы на сосудах других органов;
-Застойная сердечная недостаточность;
-Беременность;
-Макияж, татуировки;
-Клаустрофобия;
-Эпилепсия, шизофрения;
-Крайне тяжелое состояние больного.

Наличие металлических зубов, танталовых скобок на грудине противопоказанием к исследованию не является, хотя может снижать качество изображения.
Вопрос о проведении исследования в случае наличия искусственного клапана сердца, кавафильтров решается после консультации с рентгенологом. МРТ беременным пациенткам проводится только при наличии заключения врача акушера-гинеколога о возможности проведения такого исследования.
3. Я получил(а) информацию о необходимости оплаты исследования, в том числе в случаях расхождений 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.
4. До начала исследования 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 ознакомлен(а) с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом, что влечет для меня правовые последствия.
Я даю свое добровольное согласие на проведение магнитно-резонансной томографии
Подпись обследуемого _____ дата 30.03.2017
Подпись врача-рентгенолога_____ дата 30.03.2017

ООО «Эм Эр Ай клиник» г. Курган, ул. М Ульяновой 4, тел:8-3522-630-555
Приложение к договору №_____ от 30.03.2017

Информированное согласие
на проведение магнитно-резонансной томографии

Я,_____ обращаясь в центр магнитно-резонансной томографии «MRI Clinic» с целью проведения магнитно-резонансной томографии, а именно:
МРТ-

настоящим документом подтверждаю следующее:
1. В доступной форме была сообщена информация о предстоящем диагностическом исследовании: стоимость исследования, суть процедуры, этапы ее проведения.

2. Я был(а) проинформирован(а) о существующих противопоказаниях к проведению МР - исследований, о возможных осложнениях, связанных с нарушением рекомендаций персонала центра магнитно-резонансной томографии. Врачом МРТ мне разъяснено, что противопоказания для МР - исследований обусловлены помещением пациента в закрытое пространство в сильное магнитное поле.

Абсолютные противопоказания к МРТ:
- Электронные, магнитные, механические кардиостимуляторы;
-Ферромагнитные и электрические протезы стремечка;
-Гемостатические клипсы ЦНС;
-Металлические осколки в глазницах;
-Провода и другие механические объекты, соприкасающиеся с кожей;
-Вес больного более 140 кг.

Относительные противопоказания:
-Инсулиновые насосы;
-Нервные стимуляторы, электроды;
-Неметаллические протезы стремечка;
-Слуховые имплантаты;
-Искусственный клапан сердца;
-Гемостатические клипсы на сосудах других органов;
-Застойная сердечная недостаточность;
-Беременность;
-Макияж, татуировки;
-Клаустрофобия;
-Эпилепсия, шизофрения;
-Крайне тяжелое состояние больного.

Наличие металлических зубов, танталовых скобок на грудине противопоказанием к исследованию не является, хотя может снижать качество изображения.
Вопрос о проведении исследования в случае наличия искусственного клапана сердца, кавафильтров решается после консультации с рентгенологом. МРТ беременным пациенткам проводится только при наличии заключения врача акушера-гинеколога о возможности проведения такого исследования.
3. Я получил(а) информацию о необходимости оплаты исследования, в том числе в случаях расхождений 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.
4. До начала исследования 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 ознакомлен(а) с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом, что влечет для меня правовые последствия.
Я даю свое добровольное согласие на проведение магнитно-резонансной томографии
Подпись обследуемого _____ дата 30.03.2017
Подпись врача-рентгенолога _____ дата 30.03.2017