



**Информированное добровольное согласие пациента на выполнение диагностических рентгенологических исследований (рентгенографии, компьютерной томографии) с применением йодсодержащих контрастных препаратов**

г. Калининград

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 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, Приказа МЗ РФ от 09 июня 2020 г. № 560н «Об утверждении правил проведения рентгенологических исследований», 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 рентгенконтрастного препарата (внутривенно болюсно либо в другие области и образования).

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 так же разъяснена возможная лучевая нагрузка ионизирующего излучения и ее влияние на мой организм. Я понимаю, что в ходе выполнения исследования может возникнуть необходимость выполнения дополнительных и/или других методов исследования, что может увеличить лучевую нагрузку на организм. Я хорошо понял(а) все разъяснения врача.

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

- могут наблюдаться: ощущение жара, тошнота, рвота, покраснение кожных покровов, болезненные ощущения в области введения контраста;

- 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 имеющими повышенную чувствительность к введению йодсодержащих контрастных препаратов в анамнезе.

Я, \_\_\_\_\_√  
(Ф.И.О.)

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

Критерии оценки возможности проведения СКТ-исследования у пациента с применением внутривенного введения контрастного вещества

(составлены на основании инструкции по применению йодсодержащего контрастного препарата)

№№ п/п	Наличие противопоказания	Ответ
1	Аллергия на йод	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
2	Алкоголизм с выраженными осложнениями со стороны разных органов и систем	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>

Обязательно ответьте на вопросы на обратной стороне!



3	Беременность / кормление грудью	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
4	Клаустрофобия (боязнь замкнутого пространства)	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
5	Нарушение функции щитовидной железы (в особенности с признаками повышенной ее функции – гипертиреоза), многоузловой зоб	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
6	Тубулоинтерстициальный нефрит	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
7	Опухоли надпочечников (феохромочитома)	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
8	Острая почечная недостаточность/хроническая почечная недостаточность	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
9	Болезни крови: серповидноклеточная анемия, миеломная болезнь, парапротеинемия (миеломатоз, макроглобулинемия)	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
10	Миастения	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
11*	Аллергия на другие агенты, с указанием типа агента и проявлений аллергической реакции* -----	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
12*	Судороги в анамнезе, опухоли головного мозга*	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
13*	Аутоиммунные заболевания (системная красная волчанка, дерматомиозит, нейродермит, склеродермия, болезнь Шегрена, atopический дерматит, аутоиммунный тиреоидит, псориаз)*	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
14*	Тяжелые сердечно-сосудистые заболевания, связанные с нарушениями ритма, с одышкой, с отеками на ногах*	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
15*	При лечении сахарного диабета - прием Метформина или его аналогов (Формин, Форметин, Софамет, Сиофор, Сигдуо, Ринформин, Метадиен, Диасфор, Глюкофаж, Глиформин, Багомет, Метфорвел, Метфогамма и др.)*	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
16*	При лечении вирусного гепатита - прием интерлейкина-2*	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
17*	Бронхиальная астма	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>

**Примечание:** \* Пункты, отмеченные значком «\*»: контрастирование возможно после согласования с врачами-рентгенологами с привлечением профильных специалистов (аллерголога-иммунолога, эндокринолога, уролога, нефролога, невролога, кардиолога, терапевта, клинического фармаколога).

-----  
(подпись пациента или его законного представителя)

Я, -----  
(Ф.И.О. пациента или его законного представителя)

внимательно ознакомился с данным документом и **даю добровольное информированное согласие**, принимая осознанное решение осуществить предложенное мне рентгенологическое исследование с применением йодсодержащих 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 реанимационно-анестезиологического пособия, предупрежден.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. -----  
(подпись пациента или законного представителя)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. -----  
(подпись лечащего врача)