**Подразделение:** **Отделение радиодиагностики**

Proton Therapy Center Czech s.r.o. (PTC)

**ПАЦИЕНТ:**

**Имя и фамилия: **

**Дата рождения: **

**Адрес: **

**Вес:  кг высота:  см**

**Важная информация о пациенте, просим заполнить:**

*(правильный ответ отметить крестиком)*

**Ранее у Вас отмечалась аллергическая реакция на:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * контрастные вещества: | да | нет | не знаю |
| * лекарственные средства: | да | нет | не знаю |
| * пыльцу: | да | нет | не знаю |
| * укусы насекомых: | да | нет | не знаю |
| * другие типы аллергии, укажите какие: |  | | |

**Лечитесь ли Вы по какому-либо поводу / страдаете заболеванием:**

|  |
| --- |
| почек |
| щитовидной железы |
| бронхиальной астмой |
| глаукомой или повышением внутриглазного давления |
| сахарным диабетом |
| клаустрофобией |
| другими серьезными заболеваниями: |
|  |

**Женщины – беременность:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| да | нет | не знаю |

**Металлические и другие объекты в теле (при наличии указать, как долго имеются):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * кардиостимулятор: | да | нет |
| * металлические сердечные клапаны | да | нет |
| * кохлеарный (ушной) имплантат: | да | нет |
| * эндопротез сустава, металлические конструкции после переломов костей: | да | нет |
| * металлические клипсы после операции на головном мозге, сосудах, прочее: | да | нет |
| * металлические осколки в глазу или других частях тела: | да | нет |
| * пирсинг, татуировка: | да | нет |
| * кава-фильтр: | да | нет |
| * стенты, сосудистые стенты: | да | нет |
| * у женщин – грудные имплантаты: | да | нет |
| * у мужчин – протез полового члена: | да | нет |
| * электронные устройства в теле: | да | нет |
| при их наличии указать, какие именно: | | |
| * мостовидный зубной протез, брекеты, съемный зубной протез: | да | нет |
| * инсулиновая помпа: | да | нет |

При наличии **кардиостимулятора, имплантируемого кардиовертера-дефибриллятора или кохлеарного имплантата** **магнитно-резонансное исследование НЕДОПУСТИМО!!! Предупредить персонал!!!**

Наличие какого-либо электронного или металлического имплантата либо инородного тела не означает автоматически невозможность проведения магнитно-резонансного исследования. Однако об их наличии **необходимо ВСЕГДА и ЗАРАНЕЕ** предупредить медицинский персонал отделения МРТ. На основании полученной информации персонал примет квалифицированное решение о возможности или невозможности проведения МР-исследования.

***Врач предложил мне пройти* обследование с помощью магнитно-резонансной томографии – МРТ** *(заполняет ассистент радиологического отделения после исследования):*

* без введения контрастного препарата,
* с пероральным приемом контрастного препарата,
* с внутривенным введением контрастного препарата.

Информация о МР-исследовании

|  |  |
| --- | --- |
| Цель: | Магнитно-резонансное исследование позволяет подробно отобразить отдельные анатомические области человеческого тела. Это в значительной степени помогает точно установить диагноз или выяснить проблему со здоровьем в исследуемой области, что может иметь решающее значение для дальнейшего лечения. |
| Ход процедуры: | Само исследование проводится в положении пациента лежа на диагностическом столе, в очень сильном магнитном поле. Стол с пациентом помещается в т. наз. гентри – пространство между датчиками внутри установки. **Процедура длится около 25–90 минут** (в зависимости от требуемого исследования). В ходе процедуры **необходимо соблюдать неподвижность**. В некоторых случаях во время исследования требуется определенное сотрудничество пациента с лечащим персоналом (например, задержка дыхания). |
| Исследование: | * В большинстве случаев специальной подготовки к МР-исследованию не требуется. Рекомендуется лишь не принимать пищу за 4 часа до процедуры, в небольшом количестве можно пить негазированную воду (не более 150 мл) отдельными глотками. * МР-исследование проводится в очень сильном магнитном поле, поэтому необходимо оставить в кабинке часы, ключи, монеты, ювелирные изделия, заколки для волос, слуховые аппараты, очки, контактные линзы, зубные протезы, кредитные карты (магнитные карты всех видов), мобильные телефоны, фиксирующие шины, протетические приспособления (ортезы и т. д.). |
| Подготовка: | **ПЕРЕД ИССЛЕДОВАНИЕМ:**  ***Пероральный прием контрастного препарата***   * Перед исследованием пищеварительного тракта (МР-энтерография) необходимо опорожнить кишечник согласно указаниям лечащего врача; * перед исследованием органов брюшной полости и малого таза контрастный препарат обычно принимают внутрь небольшими глотками (количество зависит от типа исследования и составляет 500–1500 мл); * контрастный препарат, как правило, разбавленный водой, принимается небольшими глотками в течение 1–3 часов.   ***Внутривенное введение контрастного препарата***   * По решению радиолога контрастный препарат может вводиться пациенту внутривенно; * для этого в вену пациента устанавливается силиконовая или пластмассовая трубка – т. наз. канюля, контрастный препарат будет вводиться в эту канюлю; * в редких случаях вскоре после внутривенного введения контрастного препарата может появиться тошнота или сердцебиение, которые не представляют для пациента какой-либо опасности.   **ПОСЛЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**   * В течение примерно 30 минут после исследования с введением контрастного препарата сохраняют доступ к вене пациента (канюля) и наблюдают за ним ввиду риска возникновения аллергической реакции (см. ниже); * после извлечения канюли сестрой или радиологическим ассистентом пациент может идти домой; * после проведения исследования с контрастированием **необходима достаточная гидратация организма, т. е. прием не менее 2 л жидкости**; * по возвращении домой можно есть, как обычно, и продолжать прием назначенных ранее лекарств; * Вы ничем не ограничены – можно сразу уйти, управлять автомобилем, если не принимали успокоительных средств или других лекарственных препаратов, снижающих внимание (например, дитиаден) или остроту зрения (например, бускопан). |

Принимаю к сведению, что МР-исследование имеет свои специфические преимущества и недостатки:

* ПРЕИМУЩЕСТВА: отсутствие радиационной нагрузки, получение комплексной и подробной информации об исследуемой области.
* НЕДОСТАТКИ: длительность и шумность процедуры, возможный психический дискомфорт у пациентов с боязнью закрытых пространств, перечисленные ниже риски/осложнения, связанные с процедурой.

Осложнения МР-исследования

Серьезным осложнением, которое может возникнуть в ходе МРТ-исследования, особенно при внутривенном введении контрастного препарата, является *аллергическая реакция.* Эта реакция может перейти в т. наз. анафилактический шок с возможным летальным исходом. Аллергическая реакция возможна даже в том случае, если раньше ее не было, хотя Вы и проходили исследование с йодсодержащим контрастным препаратом.

Однако при введении современных контрастных препаратов серьезные осложнения встречаются в исключительно редких случаях. Распознавание и способ лечения аллергической реакции зависит от ее серьезности, и персонал МРТ-отделения готов к таким ситуациям.

Я получил/а разъяснения, что рекомендованное врачом исследование может, но необязательно должно привести к указанным выше осложнениям.

**Заявляю также,** что в случае неожиданных осложнений, требующих немедленного проведения дальнейших вмешательств, необходимых для спасения моей жизни или здоровья, даю согласие на проведение всех требующихся неотложных мероприятий.

**Мне было разъяснено, что альтернативой** МРТ-исследованию являются: традиционное радиодиагностическое исследование, ультразвуковое исследование, компьютерная томография (КТ). Однако их недостатком является обычно меньшая информативность результатов и наличие ионизирующего излучения.

**Принимаю к сведению,** что в случае технических проблем у поставщика медицинских услуг мне будет предложен ближайший возможный срок прохождения медицинского вмешательства.

У меня возникли следующие дополнительные вопросы:

Я получил/а разъяснения, что свое согласие на предоставление медицинских услуг могу отозвать. Отзыв согласия недействителен, если было начато проведение медицинского вмешательства.

Я получил/а разъяснения о своем праве отказаться от получения информации о состоянии здоровья.

Заявляю и своей подписью подтверждаю, что я ознакомился/лась с информацией о медицинском вмешательстве. Врач, предоставивший информацию, лично разъяснил мне все положения данного письменного согласия, для ознакомления с которым у меня было достаточно времени, и я имел/а возможность задать ему вопросы, на которые получил/а исчерпывающий ответ.

**Заявляю,** что приведенную выше информацию я полностью понял, и выражаю прямое и свободное согласие.

|  |
| --- |
|  |

**Личная подпись пациента:**

*(подпись законного представителя)*

|  |
| --- |
|  |

**г. Прага, дата:**

|  |
| --- |
|  |

**Имя и подпись врача, который провел разъяснение:**

Идентификационные данные законного представителя пациента:

|  |
| --- |
|  |

Имя и фамилия:

|  |
| --- |
|  |

Дата рождения:

|  |
| --- |
|  |

Отношение к пациенту:

**Подпись свидетелей разъяснения и согласия пациента, если пациент не может собственноручно подписать документ:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| *Имя и фамилия 1-го свидетеля* | *Имя и фамилия 2-го свидетеля* |
| *подпись* | *подпись* |

Причина, по которой пациент не мог подписать документ:

|  |
| --- |
|  |

Способ, которым пациент выразил свое согласие:

|  |
| --- |
|  |