**Письменное согласие с предоставлением медицинских услуг (медицинской помощи)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Наименование услуги**  (процедуры или обследования): | **Радиодиагностическое обследование с интравенозной (внутривенной) или пероральной подачей йодистого контрастного вещества /CT,IVU/** |

Применение йодистого контрастного вещества используется в рентгеновском обследовании для лучшей проверки анатомических и, в особенности, патологических (болезненных) структур тела.

**В ходе предыдущего обследования врач рекомендовал применение медицинской услуги (процедуры или обследования), для осуществления которой необходимо Ваше согласие.**

**Причина предоставления услуги (медицинской процедуры или обследования):**

Многие анатомические и, в особенности, патологические структуры при применении нативного способа (т.е. без применения контрастного вещества) просматриваются плохо или вовсе не просматриваются. Чтобы сделать эти структуры видимыми, применяется в определенных случаях внутривенно специальный рентген: контрастная жидкость - йодистое контрастное вещество. Некоторые обследования, напр., урография выделений, вообще не могут проводится без внутривенного применения контрастного вещества.

**Возможные альтернативы:** Неиспользование контрастного вещества, что часто приводит к частичному затруднению обследования или невозможности его проведения (урография выделений).

**Подготовка к предоставляемой медицинской услуге (процедуре или обследованию):**

Пациент приходит натощак, т.е. четыре часа перед обследованием не ест, не пьет и не курит; с другой стороны, необходима гидратация пациента, достаточная для снижения степени риска нежелательных (химико-токсических) реакций. В случае rtg обслед. толстого кишечника необходим дополнительный прием средства для его вычищения непосредственно перед обследованием. Если пациент употребляет какие-либо лекарства, то запивать их должен как можно меньшим количеством чистой воды. За час до обследования следует проглотить таблетку Dithiaden (если пациент его не имеет, то Dithiaden или другое антиаллергическое средство подается внутривенно непосредственно перед обследованием.

|  |  |
| --- | --- |
| **Имеете ли аллергию на что-либо?** |  |
| **Проходите ли курс лечения от сенной лихорадки, почечной недостаточности, гипертрофии простаты, глаукомы (зеленых бельм) или иного серьезного заболевания? Используете ли Медформин или другие пероральные антидиабетики с данным действующим элементом? (эти лекарства следует отставить перед 48 часами до обследования и на 24 часа после обследования!!!).** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Принимали ли Вы когда-нибудь йодистое контрастное вещество внутривенно? В случае положительного ответа: при каком обследовании и как переносился Вами прием этого вещества?** |  |

**Последовательность действий при предоставлении медицинской услуги (процедуры или обследования):**

Если лечащий врач примет решение о пероральном применении контрастного вещества, пациент получит один или два стаканчика с этим веществом, размешанным в соответствующем количестве воды По инструкции радиологического ассистента пациент постепенно выпьет данный раствор. В кабинете, где проводится обследование, пациенту вводится канюля, через которую подают необходимые медикаменты.

**Потом начинается непосредственное обследование, при котором радиологический лаборант внутривенно вводит контрастное вещество,** т.е. препарат с содержанием йода, достаточно быстро выделяемый из тела посредством почек. Применение другого контрастного вещества, кроме йодистого, в данном случае невозможно, а без его применения качество обследования было бы снижено. Подавляющее большинство пациентов переносят его подачу легко, хотя и здесь, как при приеме большинства лекарств, могут возникнуть побочные реакции. В связи с возможностью позднейшего проявления таких реакций пациент в течение часа после обследования находится в приемной . Канюля для введения медикаментов на это время остается у пациента. Если отсутствуют явные признаки тошноты или аллергии, то по истечении этого срока, канюля вынимается, и пациент может идти домой.

|  |  |
| --- | --- |
| **Риск и возможные последующие осложнения:** | |
| 1. | Возможны и чаще всего бывают нежелательные реакции только **слабой степени**: ощущение сухости во рту, ощущение жара, давление в области мочевого пузыря, чувство тошноты, чувство притока крови к голове, головная боль, дрожь, зуд на коже, крапивница или красные пятна на коже, несколько затрудненное дыхание. |
| 2. | **Тяжелыми,** хотя и очень редко встречающимися реакциями являются:сильное удушье на фоне бронхиальной астмы, ларингальных и легочных отеков, гипотензии, судорог. В редчайших случаях аллергическая реакция ведет к анафилактическому шоку с потерей сознания и летальным исходом. |

,

**Рекомендации пациенту по окончании предоставления медицинской услуги (процедуры, обследования):**

По окончании обследования пациенту рекомендуется пить повышенное количество жидкости, чтобы контрастное вещество было быстрее удалено из тела. Пациенту не рекомендуется непосредственно по окончании обследования управлять транспортным средством, т.к. применение Dithiaden’a может негативно влиять на концентрацию мысли. По окончании обследования пациент должен повысить количество жидкости, чтобы контрастное вещество было быстрее удалено из тела.

|  |  |
| --- | --- |
| **Предоставление последующих медицинских услуг:** |  |

**Расписка:** Я был/а подробно осведомлен/а о предоставлении мне медицинской процедуры (услуги, обследования) со всеми альтернативами и имел/а возможность избрать одну из альтернатив (если данная медицинская услуга не является предметом особого правового предписания). Я был/а поставлен/а в известность о возможных ограничениях моего обычного образа жизни и о своей нетрудоспособности по окончании предоставления медицинской процедуры услуги обследования в случае возможных перемен моего состояния здоровья и дееспособности. Я был/а ознакомлен/а с лечебным режимом, необходимыми профилактическими мерами и возможностью предоставления мне дальнейшей медицинской услуги (процедуры, обследования). Заявляю, что меня поставили в известность о возможности отказаться от данного своего согласия в любой момент перед началом предложенной мне процедуры. Подтверждаю, что я рассказал врачу обо всех обстоятельствах, касающихся моего состояния здоровья, и не промолчал ни о чем, что могло бы негативно повлиять на результат данной процедуры.

**Заявляю, что у меня была возможность задавать дополнительные вопросы, на которые я получил/а ясные ответы; что предоставленная мне информация была вполне понятной, заявляю также о своем согласии с предложенной последовательностью процедур.**

В случае неожиданных осложнений, требующих немедленного проведения дальнейших медицинских процедур (вмешательств), необходимых для спасения жизни или здоровья, я выражаю свое согласие с тем, чтобы мне были оказаны все дальнейшие неотложные медицинские услуги (процедуры), необходимые для спасения жизни или здоровья.

Мною получена информация об имплантированным мне медицинском препарате, письменно - устно

|  |  |
| --- | --- |
| **Пациент:** |  |
| **Дата рождения:** |  |
| **Подпись пациента:** |  |
| **Законный представитель (опекун):** |  |
| **Степень родства:** |  |
| **Подпись законного представителя (опекуна):** |  |
| **Медработник, проводивший инструктаж** |  |

В Праге, дата ......................................................

|  |
| --- |
| **Если пациент не может подписать документ (объяснение причины):** |
|  |
| Если пациент по состоянию здоровья не может подписать документ, то в этом случае несомненное проявление его воли (кивком головы, движением зрачков, движением конечностей и т.д.) фиксирует лечащий врач в присутствии еще одного свидетеля. В документе сообщается, каким именно образом клиент медицинской страховой компании выразил свою волю, а также медицинские причины, помешавшие ему поставить свою подпись. |

|  |  |
| --- | --- |
| Причины, помешавшие клиенту медицинской страховой компании поставить свою подпись: |  |
| Способ проявления воли клиента: |  |
| Имя и фамилия (или личная печать), подпись свидетеля:  \*ненужное зачеркнуть |  |