

**Информированное добровольное согласие  
на проведение магнитно-резонансной томографии**

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество полностью)

обращаясь в медицинский центр «Эм Эр Ай Клиник» Челябинская обл., г. Касли, ул. Коммуны 65. 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 груди не является противопоказанием к исследованию, 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

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись врача-рентгенолога \_\_\_\_\_ дата

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.