ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на медицинское вмешательство / прохождение МРТ диагностики

г. Владимир «___» _____ 2026 г.

Я, _____, *(ФИО пациента полностью)*
паспорт: серия _____ № _____, выдан _____
_____, проживающий(ая) по адресу:
_____,
даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства в:
Общество с ограниченной ответственностью «Учреждение Здравоохранения Областной диагностический центр» *(сокращенное наименование: ООО «УЗ Областной диагностический центр»)* Юридический адрес: 600009, Владимирская область, г. Владимир, ул. Каманина, д. 25А, этаж 1 ИНН: 3328004675 | ОГРН: 1153328002651 **Лицензия:** № Л041-01134-33/00357343 от 22.10.2020 г., выданная Министерством здравоохранения Владимирской области (действует).

1. Наименование медицинского вмешательства:
Магнитно-резонансная томография (МРТ) _____ (*область исследования*), *в том числе* с внутривенным введением парамагнитного контрастного препарата на основе гадолиния.

2. Цель проведения медицинского вмешательства:
Визуализация патологических изменений, оценка кровоснабжения тканей, дифференциальная диагностика заболеваний и уточнение характера выявленных патологий для назначения корректного лечения.

3. Характер медицинского вмешательства:
Процедура проводится в аппарате МРТ. В ходе исследования в периферическую вену вводится контрастное вещество для улучшения видимости структур на полученных изображениях. Длительность процедуры составляет в среднем 20–40 минут.

4. Возможные риски и осложнения:
- Аллергические реакции легкой степени (крапивница, зуд, покраснение кожи).
- Аллергические реакции тяжелой степени (отек Квинке, бронхоспазм, анафилактический шок) – встречаются крайне редко.
- Ощущение тепла, металлического привкуса во рту, легкое головокружение или тошнота в момент введения препарата.
- Экстравазация (попадание контраста под кожу) при повреждении вены, что может вызвать локальный отек и болезненность.
- Риск нефрогенного системного фиброза (крайне редкое осложнение у пациентов с тяжелой почечной недостаточностью).

5. Противопоказания и ограничения:
- Наличие в организме ферромагнитных имплантов, кардиостимуляторов, инсулиновых помп и других металлических объектов (требуется предварительная проверка совместимости).
- Беременность (особенно I триместр) – только по строгим жизненным показаниям.
- Тяжелая почечная недостаточность (требуется предварительная оценка уровня креатинина в крови).
- Выраженная клаустрофобия (может потребоваться медикаментозная седация).

6. Альтернативные методы диагностики:
- МРТ без контрастного усиления (менее информативно для оценки сосудистых структур и опухолевых процессов).
- Компьютерная томография (КТ) с контрастированием (сопряжена с лучевой нагрузкой и использованием йодсодержащих препаратов).
- Ультразвуковое исследование (УЗИ) с допплерографией (имеет ограниченную обзорность для глубоких структур).

7. Прогноз при отказе от медицинского вмешательства:
Отказ от проведения МРТ с контрастным усилением может привести к:
- Снижению диагностической точности исследования (невозможности выявить мелкие очаги поражения или оценить характер кровоснабжения).
- Необходимости повторного прохождения процедуры, что повлечет дополнительные временные и финансовые затраты.
- Задержке в постановке правильного диагноза и назначении эффективного лечения, что может негативно сказаться на прогнозе заболевания и состоянии здоровья.
- Затруднению в формировании точных врачебных рекомендаций по дальнейшему лечению.

8. Необходимость соблюдения врачебных рекомендаций:
Мне разъяснено, что для безопасности процедуры необходимо:
- Достоверно сообщить врачу обо всех имеющихся аллергиях, заболеваниях почек и наличии любых металлических предметов/имплантов в теле.
- Соблюдать режим голода (если это требуется по протоколу конкретного исследования).
- После процедуры употреблять достаточное количество жидкости для быстрого выведения контрастного препарата из организма.

Мне разъяснено, что несоблюдение назначенного режима и рекомендаций врача может повысить риск осложнений, сделать проведение исследования невозможным, снизить качество оказываемой медицинской услуги или негативно сказаться на моем здоровье.

Медицинский работник, проводящий разъяснение:
Должность: _____ ФИО: _____ Подпись: _____ Дата: «___» _____ 2026 г.

Пациент (или его законный представитель):
Мне в доступной форме разъяснены характер, цели, возможные риски и осложнения, альтернативные методы лечения, а также последствия отказа от медицинского вмешательства. Мои вопросы заданы, ответы получены в полном объеме. Согласие даю добровольно.
Подпись пациента: _____ Дата: «___» _____ 2026 г. ФИО полностью: _____