ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на медицинское вмешательство / прохождение МСКТ 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:
Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) _____
(указать область исследования, например: головного мозга / органов грудной клетки / брюшной полости),
в том числе с внутривенным болюсным введением неионного йодсодержащего контрастного препарата.
2. Цель проведения медицинского вмешательства:
Получение высокодетализированных послойных изображений внутренних органов и структур для выявления патологических изменений, оценки состояния сосудов, дифференциальной диагностики заболеваний и планирования дальнейшего лечения.
3. Характер медицинского вмешательства:
Процедура проводится на мультиспиральном компьютерном томографе. Исследование сопровождается кратковременным воздействием ионизирующего излучения (рентгеновских лучей). Для улучшения визуализации сосудистого русла и тканевых структур через периферическую вену вводится йодсодержащий контрастный препарат. Длительность процедуры составляет в среднем 10–20 минут.
4. Возможные риски и осложнения:
1. Аллергические реакции легкой степени на йодсодержащий препарат (крапивница, зуд, покраснение кожи, чихание).
2. Аллергические реакции тяжелой степени (отек Квинке, бронхоспазм, анафилактический шок) – встречаются крайне редко.
3. Нефротоксическое действие контраста (риск временного ухудшения функции почек, особенно у пациентов с исходной почечной недостаточностью или сахарным диабетом).
4. Экстравазация (попадание контрастного препарата под кожу при повреждении вены), что может вызвать локальный отек, боль и воспаление тканей.
5. Ощущение жара по телу, металлического привкуса во рту, легкого головокружения или тошноты в момент введения препарата.

5. Противопоказания и ограничения:
1. Тяжелая почечная недостаточность (требуется предварительная оценка уровня креатинина и скорости клубочковой фильтрации).
2. Тиреотоксикоз (декомпенсированный гипертиреоз).
3. Беременность (особенно I триместр) – только по строгим жизненным показаниям.
4. Выраженные аллергические реакции на йод или морепродукты в анамнезе.
5. Масса тела пациента, превышающая технические возможности стола томографа.

6. Альтернативные методы диагностики:
1. Магнитно-резонансная томография (МРТ) с контрастированием (не несет лучевой нагрузки, но имеет другие противопоказания, например, наличие металлических имплантов).
2. Ультразвуковое исследование (УЗИ) с допплерографией (менее информативно для глубоких структур и костной ткани).
3. Рентгенография (значительно уступает по информативности и детализации).

7. Прогноз при отказе от медицинского вмешательства:
Отказ от проведения МСКТ с контрастным усилением может привести к:
1. Снижению диагностической точности (невозможности оценить характер кровоснабжения опухоли, выявить тромбозы или мелкие метастазы).
2. Необходимости повторного прохождения процедуры или назначения дополнительных инвазивных методов обследования, что повлечет дополнительные временные и финансовые затраты.
3. Задержке в постановке правильного диагноза и назначении эффективного лечения, что может негативно сказаться на прогнозе заболевания и состоянии здоровья.
4. Затруднению в формировании точных врачебных рекомендаций по дальнейшему лечению.

8. Необходимость соблюдения врачебных рекомендаций:
Мне разъяснено, что для безопасности и качества процедуры необходимо:
1. Достоверно сообщить врачу об имеющихся аллергиях (особенно на йод), заболеваниях почек, щитовидной железы и приеме лекарственных препаратов (например, метформина).
2. Соблюдать режим голода (обычно 4–6 часов) перед исследованием органов брюшной полости.
3. После процедуры употреблять достаточное количество жидкости (1.5–2 литра) в течение суток для быстрого выведения контрастного препарата из организма.

Мне разъяснено, что несоблюдение назначенного режима и рекомендаций врача может повысить риск осложнений (включая аллергические реакции и нагрузку на почки), 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.

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 / представителя пациента : _____ Дата: «___» _____ 2026 г.
ФИО полностью: _____