

Информированное согласие пациента на проведение магнитно-резонансной томографии с внутривенным введением парамагнитного контрастного препарата

Я _____

(фамилия, имя, отчество пациента, год рождения)

даю свое согласие на проведение магнитно-резонансной томографии с внутривенным введением контрастного препарата,

проинформирован(а), что обязан(а) следовать всем указаниям и распоряжениям медицинских работников при прохождении диагностического исследования.

Некорректное выполнение или невыполнение команд медицинского работника нарушает процедуру диагностического исследования, что может повлечь за собой получение искажённых данных, невозможность качественной интерпретации результатов исследования врачом - специалистом при подготовке заключения.

В случае нарушения пациентом процедуры диагностического исследования, повлекшее за собой его отмену или невозможность интерпретации результатов, услуга оплачивается в полном объёме.

На введение контрастного препарата возможно развитие аллергической реакции в виде: тошноты, рвоты, поноса, головной боли, головокружения, преходящего ощущения жара, чувства холода, першение в горле, преходящего изменения вкусовых ощущений, артериальной гипотензии или гипертензии, зуда, сыпи, крапивницы, отека, анафилактической/анафилактоидной реакции.

О возможных побочных явлениях и осложнениях, возникающих при введении контрастных, предупрежден(а).

Наличие беременности отрицаю (для женщин).

« _____ » _____ 2020г. Подпись пациента _____