

## Информированное добровольное согласие на внутривенное введение контрастного препарата

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента)

"\_\_" \_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный( ая ) по адресу  
(дата рождения гражданина)

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации гражданина)

проживающий по  
адресу: \_\_\_\_\_

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет или недееспособных граждан:

Я (ФИО) \_\_\_\_\_,

паспорт \_\_\_\_\_ Выдан \_\_\_\_\_  
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель )

в отношении \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

"\_\_" \_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу:

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

уведомлен \_\_\_\_\_,

( Ф.И.О.( при наличии) , должность медицинского работника )

что мне назначено исследование, которое обычно требует внутривенного введения медицинского препарата, называемого контрастным веществом. Отказ от применения контрастного вещества может привести к ошибкам в постановке диагноза. Введение контрастного препарата производится через внутривенный катетер, устанавливаемый наиболее часто в вену на внутренней поверхности локтевого сгиба, либо на тыльной стороне кисти.

Используемое контрастное вещество в большинстве случаев хорошо переносится. Но, как и при любой внутривенной инъекции, могут возникнуть осложнения, такие как повреждение нерва, артерии или вены, инфицирование раны, а также отрицательная реакция организма на вводимое вещество. У пациентов возможно появление незначительной реакции на внутривенное введение контрастного препарата в виде тошноты, чихания и крапивницы.

В редких случаях (1:6000) у пациента могут возникнуть более тяжелые реакции на внутривенное введение контрастного препарат. Крайне редко (1:170 000) реакция на контрастный препарат может привести к смерти.

**Беременность** является противопоказанием к любому рентгеновскому исследованию.

К пациентам с **высокой степенью риска** возникновения побочных реакций на внутривенное введение контрастного препарата относятся:

- пациенты, у которых наблюдалась умеренная или тяжелая аллергическая реакция на введение контрастного препарата, которая требовала проведения терапии;
- пациенты с аллергическими реакциями в анамнезе;
- лица, страдающие бронхиальной астмой, у которых отмечались тяжелые аллергические реакции;
- пациенты с заболеваниями щитовидной железы (тиреотоксикоз);
- лица с тяжелой сердечно-сосудистой недостаточностью;
- пациенты с тяжелыми заболеваниями почек, сопровождающимися снижением их функции;

Я уведомлен, что в случае, если можно отнести себя к одной из вышеперечисленных категорий, необходимо **сообщить об этом** врачу-рентгенологу с целью выбора соответствующей диагностической методики или отказа от использования контрастного препарата.

Мне разъяснена необходимость проведения данного исследования и риск возможных осложнений. Я получил ( -а) ответы на все интересующие меня вопросы. Я письменно подтверждаю свое согласие на применение контрастного вещества или отказ от него: **согласен / не согласен на введение контрастного препарата** (нужно подчеркнуть)

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с [пунктом 5 части 5 статьи 19](#) Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

\_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

\_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ Г.

(дата оформления)

**Из-за тяжести состояния и невозможности получения информированного согласия больному(ой) решением консилиума показано введение контрастного препарата:**

Подпись врача \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Подпись врача \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Подпись врача \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ Г.

(дата оформления)