

14.*	Наличие в анамнезе операций на почках?		
15.*	Результаты последнего исследования сывороточного креатинина: _____ Величина: _____ Дата: _____		

*Ответ на вопрос необходим ТОЛЬКО для проведения исследования с контрастным усилением

Этот блок заполняется ТОЛЬКО ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ МРТ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ:

№ п/п	Сообщите о себе следующую информацию	Ответ
1.	День цикла (считая с первого дня)	
2.	Менопауза	
3.	Количество беременностей	
4.	Количество родов	
5.	Период кормления грудью	
6.	Операции на молочных железах с ВЫПИСНЫМ ЭПИКРИЗОМ (дата, название операции, гистологическое исследование, лечение)	
7.	Выделения из сосков	
8.	Прием гормональных препаратов (каких, как долго?)	
9.	Прием КОКов (комбинированных оральных контрацептивов, каких, как долго?)	
10.	ГЗТ (гормональная заместительная терапия)	
11.	Гинекологические заболевания в анамнезе (миомы матки, эндометриоз, гиперплазия, кисты яичников и т.д.)	

При условии установки МР-совместимого при определенных условиях импланта, при соблюдении требований безопасности во время проведения исследования, я даю свое согласие на проведение МРТ исследования, включая исследование с внутривенным контрастным усилением.

Предметы, которые могут быть повреждены или явиться причиной травмы в условиях действия сильного магнитного поля, необходимо оставить перед входом в помещение томографа (электронные устройства, мобильные телефоны, кредитные, другие магнитные карты, проездные билеты, электронные носители информации, ключи, очки, часы, слуховые аппараты и съёмные зубные и другие протезы, булавки, закладки, парики, украшения, одежду с металлическими пуговицами и кнопками, ручки, ремни, подтяжки и прочие металлические предметы).

✓ « » 2025 г.

_____/_____
(подпись/фамилия и инициалы пациента)

Подпись врача _____/_____

Договор
Оказания платных медицинских услуг

г. Санкт-Петербург

.2025

Общество с ограниченной ответственностью «Доступная медицина», юр. адрес: г. Санкт-Петербург, пл. Стачек, дом 9, стр.1, эт/пом 1/13-Н, ч.п. №2, телефон 8(812)380-83-84, ОГРН 1187847221540, осуществляющее медицинскую деятельность в соответствии с лицензией № ЛО41-01148-78/00360754 от 25.11.2020 года, выданной Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга; СПб, ул. Малая Садовая, дом 1; телефон: 314-04-43, в дальнейшем именуемое «Исполнитель», в лице генерального директора Кузнецова Евгения Сергеевича, действующего на основании Устава, с одной стороны и гражданин(ка)

г.р

именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем.

Термины и Определения:

Пациент - физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния (п.9. ст.2 в Федеральном законе от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации").

Потребитель - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

Заказчик - физическое (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя (Постановления Правительства РФ от 11.05.2023 N 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006».).

Для целей настоящего Договора Стороны признают, что Заказчик, Потребитель и Пациент совпадают в одном лице, выше и в дальнейшем именуется «Пациент».

1. Предмет договора.

1.1. Пациент поручает, а Исполнитель обязуется оказать платные медицинские услуги.

1.2. Пациент проходит осмотр, опрос врача специалиста, на основании данных которого, стороны согласуют перечень медицинских услуг, оказываемых пациенту (далее Перечень), в котором отражены наименование, сроки и стоимость медицинских услуг на основании действующего прейскуранта, размещенного на сайте Domedica24.ru. Объем оказываемых услуг определяется общим состоянием здоровья Пациента, медицинскими показаниями, желанием Пациента и организационно-техническими возможностями Исполнителя.

2. Права и обязанности Сторон и условия их реализации.

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказывать медицинские услуги в соответствии с Перечнем, составленным лечащим врачом, с применением имеющихся медикаментов, инструментов, оборудования.

2.1.2. Согласовать с Пациентом: объем, сроки и Перечень оказания медицинских услуг.

2.1.3. Предоставить Пациенту необходимую информацию о сущности применяемых методик, составе и характере используемых медикаментов и материалов.

2.1.4. Поставить в известность Пациента о возникающих в ходе лечения обстоятельствах (о выявленных анатомических и физиологических особенностях Пациента или особенностях в характере течения заболевания и выявленных особенностях повреждений систем и органов), которые могут привести к увеличению объема оказания услуг, и возможных осложнениях при лечении и отразить их в медицинской карте Пациента.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Самостоятельно решать вопросы, связанные с технологией лечения, подбором медикаментов и материалов, и проведением других диагностических мероприятий, которые Исполнитель сочтет нужным для планирования и осуществления лечения Пациента, о чем он информирует Пациента в соответствии с п. 2.1.3.

2.2.2. Самостоятельно определять график консультаций и лечебно-диагностических мероприятий. Отсрочить или отменить лечебное мероприятие, в том числе в день процедуры: в случае обнаружения у Пациента противопоказаний, как местных, так и по общему состоянию организма; по причине болезни лечащего врача, а также, в случае аварий или несогласованного отключения систем электричества, отопления и водоснабжения Исполнителя.

2.2.3. Привлекать для оказания услуги по настоящему Договору специалистов, не являющихся сотрудниками Исполнителя; при этом ответственность за действия специалистов, не являющихся сотрудниками Исполнителя, несет Исполнитель. Заменить лечащего врача по личной просьбе Пациента, или по стечению обстоятельств (болезнь, отпуск лечащего врача, психологическая несовместимость и других).

2.2.4. При необходимости внести обоснованные изменения в согласованный Перечень. При изменении клинической ситуации изменить с согласия Пациента Перечень или/и сроки лечения, а в случае несогласия Пациента с предложенными изменениями прервать лечение и расторгнуть договор.

2.2.5. Не предоставлять услуги, которые не входят в Перечень, составленный лечащим врачом и согласованный с Пациентом.

2.2.6. Запрашивать у Пациента получения сведений и предоставления документов (в случае предыдущего лечения в других

лечебных учреждениях), необходимых для эффективного лечения.

2.2.7. Отказать в приеме (или переназначить) Пациента (кроме случаев, требующих экстренного вмешательства) в случае:

- если состояние здоровья Пациента не позволяет выполнить назначенное лечение/диагностику; в том числе, если по медицинским показаниям, состояние аффекта, алкогольного, наркотического или токсического опьянения не позволит выполнить назначенное лечение;

- если действия Пациента угрожают жизни и здоровью персонала или (и) других Пациентов клиники;

- опоздания Пациента на прием более 15 минут;

- при серьезном нарушении графика приема, если это нарушение вызвано объективными причинами, то есть не подлежащими прогнозу осложнениями, возникшими при лечении/диагностике других Пациентов;

- по уважительной причине нахождения лечащего врача вне клиники;

2.2.8. Отказать Пациенту в предоставлении услуг в случае его отказа засвидетельствовать свое согласие с условиями данного договора личной подписью, и предоставить паспортные данные, с указанием места жительства, для заполнения медицинской карты.

2.3. Обязанности Пациента.

2.3.1. Следовать плану лечения, срокам этапов лечения, срокам визитов, в том числе на профилактические и контрольные обследования и осмотры. Самостоятельно обратиться к администратору клиники для согласования времени и даты, рекомендованного врачом, приема.

2.3.2. Пациент должен предоставить всю известную ему необходимую информацию медицинским работникам Исполнителя о состоянии своего здоровья, заболеваниях, аллергических реакциях и т.д., сведения, касающиеся его личности, состояния здоровья родственников и т.д., необходимые для оказания медицинской услуги.

2.3.3. Являться на прием строго за 15 минут до назначенного времени, а при невозможности явки, заранее, не менее чем за 24 часа предупредить Исполнителя по телефону 8(812) 380 -83-84, о невозможности явки на прием.

2.3.4. Строго соблюдать и выполнять условия оказания диагностических, профилактических и лечебных мероприятий; соблюдать рекомендации врача до, во время и после лечения.

Без согласования с лечащим врачом Исполнителя, не использовать лекарственные препараты и не проходить процедуры, воздействующие на область вмешательства, органы и системы, вовлеченные в лечебный процесс, назначенные специалистами других организаций или самостоятельно.

2.3.5. Немедленно известить врача о любых осложнениях, изменениях состояния или иных отклонениях, возникших в процессе лечения.

2.3.6. Удостоверить личными подписями факты ознакомления и согласия с настоящим договором и Перечнем, сроками и стоимостью медицинских услуг, информированными согласиями на медицинские вмешательства, которые являются неотъемлемой частью настоящего договора, а также всеми необходимыми врачебными рекомендациями.

2.3.7. Своевременно выплатить стоимость предоставляемых медицинских услуг в соответствии с действующим прейскурантом.

2.3.8. Ознакомиться и вести себя в соответствии с правилами внутреннего распорядка для Пациентов лечебного учреждения ООО «Доступная медицина».

2.4. Права Пациента.

2.4.1. Выбрать время явки на прием в соответствии с графиком работы Исполнителя и с учетом занятости времени персонала другими Пациентами.

2.4.2. Перенести ранее назначенный ему прием на другое время, уведомив об этом Исполнителя.

2.4.3. Требовать от Исполнителя предъявления лицензий, прейскуранта, сведений о квалификации и сертификации специалистов.

3. Цена договора и порядок расчетов.

3.1. Прейскурант является текущей (меняющейся) ценой на части оказываемой услуги. Цена определяется по прейскуранту на тот момент времени, в который оказывается услуга или ее часть, отраженная в прейскуранте.

3.2. Исполнитель информирует Пациента о стоимости медицинской услуги до ее начала.

3.3. Пациент оплачивает оказанную услугу, посредством наличных или безналичных расчетов, по прейскуранту перед исполнением услуги или ее части, отраженной в прейскуранте.

3.4. При нарушении п.2.3.3. Исполнитель оставляет за собой право отказать Пациенту в предоставлении возможных скидок, оговоренных ранее.

4. Срок действия договора.

4.1. Договор действует с момента подписания и до прекращения или расторжения договора по причинам, определенным законодательством РФ или настоящим договором.

4.2. Срок, согласованный Сторонами, может быть продлен на соответствующее количество дней в случаях:

4.2.1. временной приостановки лечения Пациентом на количество дней необходимых для выполнения Перечня;

4.2.2. необходимости замены лечащего врача или организации консультаций других специалистов – на количество дней, необходимых для осуществления замены лечащего врача или организации консультаций других специалистов;

4.2.3. объективной необходимости изменения намеченного и согласованного Сторонами Перечня, влекущего изменение объема оказываемых услуг;

4.2.4. невозможностью осуществления (продолжения) лечения, выявленной в ходе осмотра, по причине обнаружения у Пациента медицинских противопоказаний.

4.3. При выявлении в результате диагностических мероприятий или в ходе лечения у Пациента патологии, достижение полного излечения при наличии которой невозможно вследствие современного уровня медицинской науки и индивидуальных особенностей организма Пациента, окончательный срок Договора установлен быть не может и Сторонами не устанавливается.

5. Прекращение и расторжение договора.

5.1. Договор подлежит расторжению по воле сторон при надлежащем исполнении договора Сторонами. При этом Пациент делает отметку в Приложении, содержащем Перечень медицинских услуг, свидетельствующую о полном и надлежащем выполнении

обязательств Исполнителем или подписывает акт сдачи-приемки медицинских услуг. Если Пациент не подписывает акт, в отсутствие мотивированного отказа, акт считается принятым, при отказе Пациента от подписания акта в нем делается отметка об этом и акт подписывается Исполнителем.

5.2. Пациент имеет право расторгнуть в одностороннем порядке договор и прекратить отношения с лечебным учреждением/организацией Исполнителя в любое время, оплатив Исполнителю по прейскуранту фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору. Стороны подписывают акт о расторжении договора.

5.3. Если Пациент не выполняет рекомендаций медицинского учреждения Исполнителя, то оказание медицинской помощи становится невозможным. Отказ или уклонение Пациента от следования рекомендациям, связанным с лечебным процессом, и не соблюдение правил внутреннего распорядка для Пациентов организации Исполнителя равносильно одностороннему расторжению договора.

5.4. Прекращение и расторжение договора возможно и по другим основаниям, предусмотренным законодательством РФ и применимым для данного вида договоров.

6. Прочие условия договора.

6.1. В соответствии с п.3 ст. 13 ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Пациент определяет лица или круг лиц, которым можно передавать информацию составляющую врачебную тайну. Пациент согласен на обработку персональных данных (в том числе биометрических данных) полученных Исполнителем при исполнении настоящего договора, включая: сбор, хранение, дополнение, изменение, уточнение, ведение базы данных, передача, уничтожение.

6.2. Пациент согласен на возможное использование Исполнителем или его сотрудниками данных, полученных при обследовании и лечении Пациента, в том числе –фотографий, моделей для изучения другими врачами, для учебных, научных целей в публикациях, на медицинских обществах и т.д.

6.3. Пациент согласен на предоставление Исполнителем сведений, составляющих врачебную тайну, на ознакомление с медицинской картой и результатами обследования врачам-специалистам, другим врачам Пациента, не являющихся сотрудниками Исполнителя, для проведения консультаций, рецензирования, проведения клинико-экспертных комиссий и врачебно-контрольных комиссий, а также сотрудникам страховых компаний, сотрудничающих с Исполнителем.

6.4. Сведения о выбранных Пациентом лицах, которым в соответствии с п. 5 ч. 3 ст. 19 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323 -ФЗ, может быть передана информация о состоянии его здоровья:

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

Лица или круг лиц, которым можно сообщать о факте посещения лечебного учреждения Исполнителя:

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

6.5. Лица или круг лиц, которым можно сообщать сведения об объеме и стоимости лечения по требованию последних, в случае, если оплата этого лечения осуществляется ими: _____

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

6.6. Пациент предоставляет Исполнителю право передавать информацию по исполнению настоящего договора, а также сообщать информацию о работе клиники, акциях и предложениях sms -сообщениями по телефону и на электронный адрес Пациента, указанные в реквизитах договора.

6.7. Пациент проинформирован, что Исполнитель проводит видеонаблюдение, в целях обеспечения безопасности присутствующих в клинике.

6.8. Подписывая настоящий Договор Пациент подтверждает что Исполнитель в понятной и доступной форме для Пациента разъяснил порядок и условия выдачи пациенту (законному представителю пациента) после исполнения договора или до завершения лечения, исполнителем медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние здоровья Пациента после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы.

6.9. Исполнитель разъяснил Пациенту что из -за отсутствия технической возможности у Исполнителя, настоящий Договор не может быть заключен дистанционным способом.

7. Дополнительные условия

7.1. Пациенту предоставлена в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

7.2. Пациенту предоставлена в доступной форме информация о возможности получения социального вычета за медицинские услуги (подп. 3 п. 1 ст. 219 НК РФ), ему, его супругу (супруге), родителям, детям (в том числе усыновленным) в возрасте до 18 лет, и одиозным в возрасте до 18 лет (перечень медицинских услуг утвержден Постановлением Правительства Российской Федерации от 19 марта 2001 г. N 201).

7.3. Пациент должен осознавать, что при работе Исполнителя с ним, возможно выявление дополнительных патологий, анатомических и физиологических особенностей Пациента или особенностей в характере течения заболевания и выявленных особенностей повреждений систем и органов, что может повлечь изменения в Перечне и дополнительные финансовые расходы со стороны Пациента.

7.4. Пациент производит предварительную оплату медицинских услуг, в соответствии с действующим прейскурантом Исполнителя на день оказания услуг, указанных в Перечне медицинских услуг.

7.5. Пациент имеет право воспользоваться Акциями Исполнителя, предусматривающими возможность получения скидки на услуги при предоплате нескольких (серии, комплекса, курса) медицинских услуг (по стоимости, ниже стоимости Прейскуранта на момент оплаты), далее по тексту – Акция.

7.6. При приобретении услуг по Акции и невозможности получить все предоплаченные услуги, Пациент имеет право на возврат стоимости предоплаченных услуг по Акции за вычетом фактически оказанных услуг, стоимость которых рассчитывается по Прейскуранту Исполнителя, действующему на день возврата денежных средств.

7.7. При желании Пациента заменить услугу, предоплаченную по Акции, на другую услугу, перерасчет стоимости происходит согласно действующего Прейскуранта.

8. Ответственность сторон.

8.1. Исполнитель несет ответственность за соблюдение порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, норм использования медицинского оборудования, ведения медицинской документации, соблюдение санитарно -гигиенического режима, лечебных технологий, профессиональной этики.

8.2. Исполнитель не несет ответственности перед Пациентом в случае:

-возникновения у Пациента в процессе лечения или после его окончания проблем биологического характера и негативных последствий указанных в Информированном добровольном Согласии на медицинское вмешательство, не связанных с нарушением Исполнителем лечебных технологий, таких как: повышения или снижения чувствительности кожи и слизистых; заживлением ран; отторжение имплантатов, введенных препаратов; отек тканей; болевые ощущения; возникновения аллергических реакций у Пациента, не отмечавшего ранее проявления аллергии; и других:

-осложнений по причине неявки Пациента в указанный срок;

-осложнений по причине несоблюдения Пациентом рекомендаций врача;

-отказа Пациента от дополнительных лечебно -диагностических мероприятий, необходимых для проведения профилактики и лечения возможных осложнений;

-осложнений возникшими по причине сокрытия Пациентом информации о прохождении лечения в другом лечебном учреждении, самолечения Пациентом.

8.3. Стороны не несут ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору, в случае возникновения обстоятельства, мешающие выполнению обязательств по настоящему Договору любой из сторон, а именно: стихийные бедствия, пожар природного характера, наводнения, военные действия, запрет импорта или экспорта, какие-либо другие непредвиденные обстоятельства и их последствия, не зависящие от сторон, то срок выполнения обязательств по настоящему Договору продлевается на период, в течение которого эти обстоятельства остаются в силе.

Сторона, ссылающаяся на обстоятельства непреодолимой силы, обязана в течение 10 (Десяти) дней с момента их наступления информировать другую сторону о наступлении вышеуказанных обстоятельств в письменной форме с приложением соответствующих подтверждающих документов.

8.4. В случае объективной невозможности исполнения настоящего договора любой из Сторон, Пациент оплачивает по прейскуранту фактически понесенные Исполнителем расходы; при наличии предоплаты Исполнитель, в течение десяти рабочих дней осуществляет возврат денежных средств, за вычетом фактически понесенных Исполнителем расходов.

8.5. Договор составлен в 2-х экземплярах, по одному для каждой из сторон, имеющих одинаковую юридическую силу.

9. Разрешение споров.

9.1. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Пациентом по поводу качества оказания услуги, стороны решают спор путем двусторонних переговоров.

9.2. В случаях, не предусмотренных настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

9.3. Сторонам условия Договора понятны.

10. Реквизиты

ИСПОЛНИТЕЛЬ

ООО "Доступная медицина"
Юридический адрес: 198095 Санкт -Петербург,
пл. Стачек, дом 9, стр.1, ЭТ/ПОМ 1/13 -Н, Ч.П. №2
Тел. 8(812) 380-83-84
mail: info@domedica24.ru
ИНН 7801647762КПП 780501001
р/с: 40702810755000050048
СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ БАНК ПАО СБЕРБАНК
к/с: 30101810500000000653
БИК 044030778 ОГРН 1187847221540
Генеральный директор
Кузнецов Евгений Сергеевич

ЗАКАЗЧИК

ФИО: _____
(фамилия, имя, отчество)
Дата рождения « » _____
Документ _____
Выдан _____
Зарегистрирован _____
Телефон _____
E-mail _____
_____ / _____

**Информированное добровольное согласие на
медицинское вмешательство
(КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ)**

Я, _____, _____ г.р.
зарегистрированный по адресу: _____
проживающий по адресу: _____
в отношении _____, _____ г.р.
(фамилия, имя, отчество пациента при подписании согласия законным представителем)

проживающего по адресу: _____
даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н 1 (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/ получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «Доступная Медицина» Медицинским работником _____ в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. 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 отношении _____

(фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

Я информирован о характере и целях исследования компьютерной томографии, осведомлен о лучевой нагрузке и потенциальном воздействии рентгеновского облучения на организм, а также что беременность является противопоказанием к любому КТ-исследованию.

Я информирован что при проведении мне КТ-исследования, требующего внутривенного введения контрастного препарата, 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 может сопровождаться возникновением осложнений, таких как повреждение нерва, артерии или вены, инфицирование раны, а также аллергическая реакция организма на вводимое вещество. 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 препарата. Крайне редко (1:170 000) реакция на контрастный препарат может привести к смерти.

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, особенно сопровождающиеся снижением их функции (для оценки функции почек необходимо предоставить результаты анализа крови на креатинин, выполненного не позднее 2 недель назад);

В случае Если Вы можете 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. Отказ от применения контрастного вещества может привести к ошибкам в постановке диагноза.

Мне достаточно полученной информации, чтобы дать данное информированное и осознанное согласие на проведение процедуры «Компьютерная томография», с/без внутривенного введения контрастного препарата.

«__» _____ 20__ г.

_____/_____
(подпись) (фамилия, имя, отчество пациента/законного представителя)