



ООО «Верона».
 ОКПО 62803755. ОГРН 1097746528220.
 ИНН 7716648010. КПП 772801001.
 РФ, 117437, г. Москва, ул. Профсоюзная,
 д. 104, эт. 1, пом. СХС, ком. 22.

8 (499) 229-99-69
 www.viterramed.ru
 info@viterramed.ru



Лицензия на медицинскую деятельность ЛО41-01137-77/00349305 от 21 мая 2020 года.

Информированное добровольное согласие на проведение компьютерной томографии с внутривенным контрастным усилением

Я, _____ (Ф. И. О.) _____ (дата рождения),

проживающий (-ая) по адресу: _____

получил согласно моей воле информацию: о моем заболевании (заболевании лица, интересы которого я представляю) и опасности, связанной с дальнейшим развитием заболевания; необходимости проведения компьютерной томографии с внутривенным введением йодсодержащих контрастных средств; об осложнениях, которые могут развиваться во время или после данного исследования, дополнительных вмешательствах (лечении), которые могут потребоваться при возникновении осложнений.

Я поставил(-а) в известность врача обо всех проблемах со здоровьем в анкете:	Да	Нет
Были ли у Вас ранее исследования с внутривенным контрастированием?		
Были ли у Вас аллергические реакции при использовании контрастных средств:		
Рвота, крапивница, отек Квинке		
бронхоспазм		
брадикардия		
шок		
остановка дыхания или сердечной деятельности		
судороги		
любая аллергия или аллергическая реакция		
Бронхиальная астма		
Повышенная функция щитовидной железы (гипертиреозидизм)		
Сердечная недостаточность		
Артериальная гипертония		
Сахарный диабет		
Заболевания почек : белок в моче (протеинурия)		
Ранее проведенные оперативные вмешательства на почках		
Принимаете ли Вы какие-либо из перечисленных препаратов:		
метформин		
нестероидные противовоспалительные препараты		
аминогликозиды		
β-блокаторы диуретики		
Пациентки женского пола:		
есть ли вероятность, что Вы беременны?		
Результаты последнего исследования сывороточного креатинина (при наличии):		
Величина.....Дата..... Уровень СКФ(заполняется медработником)		

Мне предоставлено время для принятия решения, я имел(-а) возможность задать интересующие меня вопросы, касающиеся заболевания и методов диагностики, и получил(-а) на них исчерпывающие ответы.

Я добровольно даю согласие на проведение компьютерной томографии с внутривенным введением йодсодержащего контрастного средства и на выполнение дополнительного вмешательства или лечения в случае возникновения непредвиденных ситуаций во время или после исследования.

Ф. И. О. _____ Подпись пациента

доверенного лица, реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы пациента

Пациент (законный представитель пациента) расписался в моем присутствии.

Дата

Врач (Ф.И.О.) _____ Подпись врача