

Ф 2.2/02-25

**НАПРАВЛЕНИЕ НА МНОГОСРЕЗОВУЮ СПИРАЛЬНУЮ КОМПЬЮТЕРНУЮ  
ТОМОГРАФИЮ И МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНУЮ ТОМОГРАФИЮ**

650002, Кемерово, Сосновый бульвар, 6  
факс (3842) 64 27 18, тел. (3842) 64 46 27, (3842) 34 17 10

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Дата рождения « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. Домашний адрес, телефон: \_\_\_\_\_  
(указать полностью)

Направляется на: МРТ / МСКТ \_\_\_\_\_  
(подчеркнуть) (область исследования)

№ талона ОМС \_\_\_\_\_

***Диагноз при направлении:***

***Цель исследования:***

Для исследования с контрастированием

Вес: \_\_\_\_\_

Креатинин- \_\_\_\_\_ (N- \_\_\_\_\_); Мочевина - \_\_\_\_\_ (N- \_\_\_\_\_).

узкими Данные осмотра специалистами, при необходимости (на предмет наличия/отсутствия противопоказаний к исследованию с контрастным усилением):

Аллерголог:

Эндокринолог:

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 200 г. Лечащий врач \_\_\_\_\_ (ФИО, подпись, печать, телефон)

Дата исследования « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 200 г. час. мин. согласована (по телефону)

**Информация и анкета для пациента (заполняется лично)**

Вам назначено исследование, которое может потребовать внутривенного введения специального медицинского препарата, называемого контрастным веществом. Контрастное вещество усиливает изображение и помогает в выявлении заболеваний. Отказ от применения контрастного вещества может привести к ошибкам в постановке диагноза. Контрастные препараты считают достаточно безопасными. Однако каждая инъекция таит в себе определенный риск, включающий возможность развития реакций со стороны нервной, сердечно-сосудистой и мочевыделительной систем. Поэтому обязательно сообщите своему лечащему врачу о наличии у Вас аллергии или непереносимости препаратов Йода.

Ф 2.2/02-24

Просим Вас заполнить анкету, приведенную ниже и подписать информированное согласие на проведение процедуры.

*Укажите, пожалуйста:*

Были ли у Вас операции на сердце и головном мозге? ..... Да [ ] Нет [ ]

Вас когда-либо ранили посторонним металлическим телом  
(например, пулей, осколком и т.д.)? ..... Да [ ] Нет [ ]

У Вас когда-либо были ранение глаза металлическим объектом  
(металлическим осколком, стружкой, инородным телом и т.д.)? ..... Да [ ] Нет [ ]

*Укажите, есть ли у Вас что-либо из перечисленного:*

Сердечные водители ритма (кардиостимуляторы), а также любой другой  
тип электронного, механического или магнитного имплантата ..... Да [ ] Нет [ ]

Клипсы на сосудах? Любой тип внутрисосудистых фильтров, сеток и т.д.? ..... Да [ ] Нет [ ]

Протез сердечного клапана, глазной протез,  
искусственная конечность или сустав? ..... Да [ ] Нет [ ]

Съемные зубные протезы, слуховой аппарат? ..... Да [ ] Нет [ ]

Любой имплантированный ортопедический объект (например, штифт,  
шуруп, клипса, пластинка, проволока и т.д.)? ..... Да [ ] Нет [ ]

Была ли у Вас когда-либо реакция на внутривенное введение контрастных  
веществ при МРТ или РКТ-исследованиях, другие аллергические реакции? ..... Да [ ] Нет [ ]

Беременны ли Вы, подозреваете беременность? Срок - ..... Да [ ] Нет [ ]

Испытывали ли Вы когда-либо клаустрофобию  
(боязнь замкнутого пространства)? ..... Да [ ] Нет [ ]

Случались ли у Вас спонтанные судорожные припадки  
или приступы эпилепсии? ..... Да [ ] Нет [ ]

Вам придется удалить макияж с глаз, снять протезы, вынуть заколки, снять серьги или клипсы, ожерелье,  
часы, слуховой аппарат и очки, из карманов вынуть все металлические предметы и магнитные карточки.

Во время исследования (15-40 мин) необходимо сохранять полную неподвижность.

**Я подтверждаю, что приведенная выше информация верна. Я прочел(-а) и понял(-а) содержание всей этой формы, имел(-а) возможность задать вопросы, и согласен(-а) на исследование:**

С введением контрастного препарата \_\_\_\_\_ (отметить)

Без введения контрастного препарата \_\_\_\_\_ (отметить)

Подпись пациента \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_