|  |
| --- |
| Анкета пациента(заполняется перед проведением ПЭТ/КТ исследования) |
| **1.** ФИО пациента: |  |
| **2.** Дата рождения: |  | **3.** Вес: |  | **4.** Рост: |  |
| **5.** Вы сейчас госпитализированы? |  Да  Нет |  |
| **6.** Количество ПЭТ за текущий календарный год по ОМС: |  |
| **Проходили ли Вы ранее обследования:** |
| **7.** ПЭТ/КТ: |  Да  Нет | *если «да», укажите дату последнего* |  |
| **8.** КТ: |  Да  Нет | *если «да», укажите дату последнего* |  |
| **9.** МРТ: |  Да  Нет | *если «да», укажите дату последнего* |  |
| **10.**Сцинтиграфия: |  Да  Нет | *если «да», укажите дату последнего* |  |
| **11.** Есть ли у Вас аллергия на йод? |  Да  Нет |  |
| *если «да», укажите на какие и чем проявлялась:* |  |
| **12.** Есть ли у Вас аллергия на другие лекарственные препараты? |  Да  Нет |
| *если «да», укажите на какие и чем проявлялась:* |  |
| **13.** Укажите Ваш диагноз (если известен): |  |
|  |  |
| **Укажите проведенное лечение:** |
| **14.** Хирургические вмешательства по основному заболеванию: |  Да  Нет |  |
| *если «да», укажите какие и их даты:* |  |
| **15.** Хирургические вмешательства по другим заболеваниям: |  Да  Нет |  |
| *если «да», укажите какие и их даты:* |  |
| **16.** Лучевая терапия: |  Да  Нет | *если «да», укажите дату последнего курса:* |  |
| **17.** Химиотерапия: |  Да  Нет | *если «да», укажите точную дату последнего курса:* |  |
| **18.** Таргетная терапия / иммунотерапия: |  Да  Нет |
| **19.** Гормонотерапия: |  Да  Нет |  |
| *если инъекции, укажите дату последнего введения и срок действия препарата:* |  |
| **Сопутствующие заболевания:** |
| **20.** Сахарный диабет: |  Да  Нет |
| *если «да», укажите принимаемые препараты:* |  |
| **21.** Тиреотоксикоз: |  Да  Нет |  |  |
| **22.** Заболевания почек: |  Да  Нет |  |  |
| **23.** Бронхиальная астма: |  Да  Нет |  |  |
| **24.** Саркоидоз: |  Да  Нет |  |  |
| **25.** Туберкулёз: |  Да  Нет |  |  |
| **26.** Вирусный гепатит B: |  Да  Нет |  |  |
| **27.** Вирусный гепатит С: |  Да  Нет |  |  |
| **28.** ВИЧ: |  Да  Нет |  |  |
| **29.** Переломы, травмы, ушибы за последний год: |  Да  Нет |
| *если «да», укажите приблизительные даты и локализацию:* |  |
| **30.** Хронический болевой синдром: |  Да  Нет |
| *если «да», укажите область и применяемые препараты (обезболивающие):* |  |
|  |  |
| **31.** Острые респираторные заболевания за последние две-три недели (насморк, боли в горле, кашель, температура) и / или известные очаги хронического воспаления (хронический тонзиллит и др.) |  Да  Нет |
| *если «да», укажите какие:* |  |
| **32.** Имеются ли у Вас протезы, импланты, стенты, стомы: |  Да  Нет |
| *если «да», укажите что именно и где:* |  |
| **33.** Точное время последнего приёма пищи и напитков(кроме чистой питьевой воды) |  |
| **34.** Вакцинировались ли Вы за последние 3 месяца? |  Да  Нет |
| *если «да», укажите область введения, дату и название прививки:* |  |
| **35.** Есть ли у Вас признаки клаустрофобии, панические атаки? |  Да  Нет |
| **Для женщин:** | **36.** Беременность:  |  Да  Нет |  |  |
|  | **37.** Лактация: |  Да  Нет |  |  |
|  | **38.** Первый день последней менструации: |  |
|  |
| **Дата заполнения:** |  | **Подпись:** |  |

Предоставленные мною в окно регистратуры №2 медицинские документы и электронные носители с предыдущими исследованиями (если таковые имеются) возвращены мне в полном объёме.

 **Подпись:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

НИИ клинической и экспериментальной радиологии

ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России

информированное добровольное согласие пациента или его представителя

на проведение амбулаторной диагностической процедуры

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

до подписания нижеизложенного документа проинформирован (а) врачом о возможных методах и вариантах обследования, о необходимости проведения манипуляций (внутривенное введение радиофармпрепаратов (РФП) и рентген контрастных препаратов при КТ – исследованиях), которые позволят уточнить диагноз, оценить состояние моего здоровья, определить ход дальнейшего лечения и представить прогноз. Я предупрежден (а), что данные исследования сопряжены с лучевой нагрузкой, сведения о которой будут внесены в протокол диагностического исследования, а также понимаю, что результаты диагностики могут быть использованы в клинических исследованиях научного характера.

Я уполномочиваю врачей и медицинских сотрудников, имеющих соответствующую профессиональную подготовку и сертификаты специалистов, выполнить указанные процедуры, а в случае возникновения осложнений осуществить необходимые медицинские действия для улучшения моего состояния.

Я знаю, что в целях обеспечения собственной безопасности я обязан поставить врача в известность обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем, наследственной отягощённостью, аллергическими проявлениями, индивидуальной переносимостью лекарственных препаратов и продуктов питания, а также о курении, злоупотреблении алкоголем или наркотическими препаратами в настоящее время и в прошлом (для женщин – указать наличие беременности).

Разрешаю давать информацию о моем заболевании, прогнозе, лечении и состоянии только \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО лица, которому разрешено давать информацию)

Моя подпись ниже свидетельствует о том, что:

* я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия
мною прочитан, мне понятны назначение данного документа и полученные разъяснения обо всей необходимой информации в отношении предстоящего исследования и сопряженных с ним манипуляций. Мне лично разъяснены цель и характер, необходимость и ожидаемые результаты предстоящей процедуры, степени риска и возможные осложнения,
* я проинформирован о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
* я добровольно, без давления или принуждения с чьей-либо стороны, даю согласие на проведение исследования с внутривенным введением радиофармпрепаратов (РФП) и рентген контрастных препаратов по необходимости.

Контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес электронной почты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО пациента или законного представителя) (подпись)