



**КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ  
ПРАВИТЕЛЬСТВА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА**

**САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
«ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 38 ИМ. Н. А. СЕМАШКО»**

**ПРИКАЗ**

«15» апреля 2022 г.

№ 234

«Об утверждении форм  
информированных добровольных  
согласий»

В целях соблюдения законных прав и интересов граждан, предусмотренных ст. 20 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации», на основании п. 6.2, 6.3 Устава

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить формы:
  - 1.1. Информированное добровольное согласие на проведение лучевой диагностики (Приложение № 1).
  - 1.2. Информированное добровольное согласие на выполнение рентгенологического исследования с использованием сульфата бария (Приложение № 2).
  - 1.3. Информированное добровольное согласие на выполнение компьютерной томографии с использованием контрастного вещества (Приложение № 3).
2. Ранее действовавшие аналогичные формы добровольных информированных согласий не подлежат использованию.
3. Начальнику информационно-технического отдела Карпекину М.М. обеспечить размещение в системе 1С: Предприятие утверждаемых форм, ранее использовавшиеся формы удалить.
4. Секретарю руководителя Аверкиевой М.С. в течение трех рабочих дней ознакомить заведующих отделений под роспись и направить настоящий приказ на их корпоративную почту.
5. Заведующим отделениями ознакомить с настоящим приказом работников отделений под роспись; листы об ознакомлении сдать секретарю руководителя М.С. Аверкиевой в срок до 25.04.2022.
6. Контроль за исполнением настоящего Приказа оставляю за собой.

Главный врач

А.Ф. Панфиленко

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения  
«Городская больница № 38 им. Н.А. Семашко»  
(ИНН 7820013553, ОГРН 1027809008721196601,  
Санкт-Петербург, г. Пушкин, Госпитальная ул., д. 7/2, лит. А)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ  
ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ**  
(рентгенография, маммография, денситометрия, магнитно-резонансная томография,  
компьютерная томография)  
(подчеркните необходимое исследование)

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный и проживающий по адресу:

документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_,  
выдан \_\_\_\_\_

(дата и название выдавшего органа)

**ДАЮ ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ  
ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ** (рентгенография, маммография, денситометрия, магнитно-  
резонансная томография, компьютерная томография (подчеркните необходимое  
исследование).

Я, хорошо понял(а) все разъяснения врача, внимательно ознакомился(ась) с данным документом, принимая осознанное решение, даю настоящее согласие на предложенных мне условиях.

Показания и противопоказания к проведению указанного исследования мне разъяснены и понятны.

Лучевая нагрузка и ее влияние на мой организм мне разъяснены и понятны.

Я обязуюсь дать полную информацию проводившихся мне ранее аналогичных исследованиях.

Я обязуюсь проинформировать врача о наличии беременности и иных противопоказаниях к проведению лучевой диагностики.

1. Проведение ранее рентгенологических исследований, в том числе с использованием контрастного вещества: **ДА / НЕТ**
2. Наличие противопоказаний к проведению лучевой диагностики: **ДА / НЕТ**
3. Наличие хронических заболеваний: **ДА / НЕТ**
4. Наличие на момент исследования беременности: **ДА / НЕТ**

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись пациента или его /  
законного представителя)

\_\_\_\_\_  
Расшифровка

Работник, взявший добровольное информированное согласие:

\_\_\_\_\_  
(Должность, ФИО)

\_\_\_\_\_  
Подпись



Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения  
«Городская больница № 38 им. Н.А. Семашко»  
(ИНН 7820013553, ОГРН 1027809008721196601,  
Санкт-Петербург, г. Пушкин, Госпитальная ул., д. 7/2, лит. А)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ВЫПОЛНЕНИЕ  
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ  
СУЛЬФАТА БАРИЯ**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)  
«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года рождения, зарегистрированный и проживающий по адресу:  
\_\_\_\_\_  
документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_,  
выдан \_\_\_\_\_  
(дата и название выдавшего органа)

**ДАЮ ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ  
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ  
СУЛЬФАТА БАРИЯ.**

Я, хорошо понял(а) все разъяснения врача, внимательно ознакомился(ась) с данным документом, принимая осознанное решение, даю настоящее согласие на предложенных мне условиях.

Показания и противопоказания к проведению рентгенологического исследования с использованием сульфата бария мне разъяснены и понятны.

Лучевая нагрузка и ее влияние на мой организм мне разъяснены и понятны.

Я обязуюсь дать полную информацию проводившихся мне ранее рентгенологических исследованиях.

Я обязуюсь проинформировать врача о наличии беременности и иных противопоказаниях к проведению рентгенологического исследования.

(Далее обведите необходимый вариант)

1. Проведение ранее рентгенологических исследований, в том числе с внутривенным введением контрастного вещества: **ДА / НЕТ**
2. Наличие противопоказаний к проведению рентгенологического исследования: **ДА / НЕТ**
3. Наличие побочной реакции/непереносимости веществ, содержащих сульфат бария **ДА / НЕТ**
4. Наличие хронических заболеваний: **ДА / НЕТ**
5. Наличие на момент исследования беременности: **ДА / НЕТ**

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись пациента или его /  
законного представителя)

\_\_\_\_\_  
Расшифровка

Работник, взявший добровольное информированное согласие:

\_\_\_\_\_  
(Должность, ФИО)

\_\_\_\_\_  
Подпись

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения  
«Городская больница № 38 им. Н.А. Семашко»  
(ИНН 7820013553, ОГРН 1027809008721196601,  
Санкт-Петербург, г. Пушкин, Госпитальная ул., д. 7/2, лит. А)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ВЫПОЛНЕНИЕ  
КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОНТРАСТНОГО  
ВЕЩЕСТВА**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный и проживающий по адресу:

документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_,  
выдан \_\_\_\_\_

(дата и название выдавшего органа)

даю информированное добровольное согласие **НА ПРОВЕДЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ  
ТОМОГРАФИИ С ВНУТРИВЕННЫМ ВВЕДЕНИЕМ ЙОДСОДЕРЖАЩЕГО  
КОНТРАСТНОГО ВЕЩЕСТВА**, которое обеспечивает усиление контрастности изображения и  
облегчает визуализацию аномальных структур или образований центральной нервной системы и  
других органов тела.

Мне разъяснено, что отказ от применения контрастного препарата может привести к ошибкам в  
постановке диагноза.

Содержание указанных выше медицинских действий, связанных с ними все виды рисков, возможные  
осложнения и последствия, включая нетрудоспособность, снижения качества жизни и летальный исход мне  
разъяснены.

Я понимаю, что в результате выполнения рентгеновской компьютерной томографии и внутривенного  
введения йодсодержащего контрастного вещества, а также инвазивного введения других, необходимых мне,  
лекарственных препаратов может возникнуть необходимость другого вмешательства или исследования. Я  
доверяю врачу и его коллегам принять соответствующее решение и выполнить любые медицинские действия,  
которые врач сочтет необходимым для улучшения моего здоровья.

Я обязуюсь дать полную информацию о имеющихся у меня хронических заболеваниях, а также наличие  
аллергических реакций, и какими агентами аллергические реакции вызваны.

Я, хорошо понял(а) все разъяснения врача, внимательно ознакомился с данным документом, принимая  
осознанное решение, даю на предложенных мне условиях.

Показания и противопоказания к проведению рентгенологического исследования мне разъяснены и  
понятны.

Лучевая нагрузка и ее влияние на мой организм мне разъяснены и понятны.

Я обязуюсь дать полную информацию проводившихся мне ранее рентгенологических исследований.

Я обязуюсь проинформировать врача о наличии беременности и иных противопоказаниях на момент  
исследования.

(Далее обведите необходимый вариант)

1. Проведение ранее рентгенологических исследований, в том числе с  
внутривенным введением контрастного вещества: **ДА / НЕТ**
2. Наличие противопоказаний к проведению компьютерной томографии: **ДА / НЕТ**
3. Наличие побочной реакции/непереносимости йодсодержащих веществ **ДА / НЕТ**
4. Наличие хронических заболеваний: **ДА / НЕТ**
5. Наличие на момент исследования беременности: **ДА / НЕТ**

\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись пациента или его /  
законного представителя)

\_\_\_\_\_  
Расшифровка

Работник, взявший добровольное информированное согласие:

\_\_\_\_\_  
(Должность, ФИО)

\_\_\_\_\_  
Подпись