ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Имя и фамилия:	**личный номер:**
Законный представитель пациента (имя, фамилия):	
Наименование медицинской процедуры / лечебного мероприятия или нескольких процедур/мероприятий): **МЦУГ – МИКЦИОННАЯ ЦИСТОУРЕТРОГРАФИЯ** **(РЕНТГЕНОГРАФИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОНТРАСТНОГО ВЕЩЕСТВА В ПРОЦЕССЕ МОЧЕИСПУСКАНИЯ)**	
Цель, характер, подготовка, предполагаемая польза, последствия и возможные риски медицинской процедуры / лечебного мероприятия: Целью является визуализация нижних мочевых путей (мочевого пузыря и мочеиспускательного канала), уточнение возможной патологии и в первую очередь исключение ВУР (везикоуретерального рефлюкса) – патологического состояния, при котором моча возвращается из мочевого пузыря в мочеточник или даже в почку. Риски минимальны, осложнения редки и связаны с введением катетера в мочевой пузырь. К ним относятся возможное повреждение мочеиспускательного канала (уретры), а также риск занесения инфекции в мочевыводящие пути. Процедура связана с небольшой лучевой нагрузкой при рентгенологическом исследовании.	
Альтернативы лечебному мероприятию, их целесообразность, польза и риски: Альтернативой является изотопная микционная цистография, при которой вместо контрастного вещества вводится изотоп. Это исследование связано с риском примерно таких же осложнений, но лучевая нагрузка несколько ниже. Однако диагностическая ценность и результативность этого исследования значительно ниже по сравнению с МЦУГ.	
Медицинская процедура / лечебная манипуляция будет происходить следующим образом: В мочевой пузырь пациента вводится покрытый анестезирующим гелем тонкий катетер, через который капельно вводят контрастное вещество. В течение всего времени отслеживается динамическое рентгеновское изображение. После наполнения мочевого пузыря происходит его опорожнение, и исследуется мочеиспускательный канал. Процедура занимает примерно 15 минут.	
Ограничения и рекомендации в отношении образа жизни с учетом состояния здоровья и возможного изменения трудоспособности после проведения указанной медицинской процедуры: Нет	

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Имя и фамилия:	**личный номер:**

Дальнейшее необходимое лечение:

Нет

Заявляю, что врач, предоставивший информацию, лично информировал меня о содержании данного письменного согласия, и я имел/-а возможность задать ему вопросы, на которые получил/-а исчерпывающие ответы. Заявляю, что приведенное выше разъяснение и информацию я полностью понял/-а, и даю прямое согласие на проведение данной медицинской процедуры.

Если пациент является **несовершеннолетним или ограниченно дееспособным** и обладает соответствующей интеллектуальной и волевой зрелостью:

Заявляю, что я получил/-а разъяснения в указанном выше объеме.

Если пациенту не были предоставлены эти сведения, указывается причина их непредоставления:

г. Прага, дата

....

подпись пациента / законного представителя *имя, фамилия и подпись врача*

.....

подпись несовершеннолетнего пациента /
пациента с ограниченной дееспособностью

Если пациент / законный представитель по состоянию здоровья не может подписать документ:

Причина, по которой пациент / законный представитель не может подписать документ:

Способ, которым пациент / законный представитель изъявил свою волю:

.....

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Имя и фамилия:	**личный номер:**
имя, фамилия и подпись свидетеля	