**Уведомление**

г. Воронеж \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Межрегиональный медицинский центр ранней диагностики и лечения онкологических заболеваний» (ООО «ММЦРДиЛОЗ»), лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01136-36/00570459 от 29 июня 2020 г., именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице генерального директора Азаренко Марка Александровича, действующего на основании Устава, уведомляет гражданина

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Ф.И.О. полностью, в случае несовершеннолетнего пациента - Ф.И.О. его законного представителя

именуемого в дальнейшем «Пациент», о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента (потребителя).

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель** | **Пациент** |
| Генеральный директор      Азаренко Марк Александрович | Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  подпись |

**Договор на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

г. Воронеж \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Межрегиональный медицинский центр ранней диагностики и лечения онкологических заболеваний» (ООО «ММЦРДиЛОЗ»), адрес осуществления лицензируемого вида деятельности: 394033, Россия, Воронежская область, г. Воронеж, ул. Остужева, д. 31, лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01136-36/00570459 от 29 июня 2020 г., (При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лечебному делу; рентгенологии; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: педиатрии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: детской онкологии; нейрохирургии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; радиологии; рентгенологии; ультразвуковой диагностике; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: детской онкологии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; рентгенологии; При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: радиологии; радиотерапии; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности). При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: онкологии. Лицензия выдана Департаментом здравоохранения города Москвы, срок действия: бессрочно), именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице генерального директора Азаренко Марка Александровича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Ф.И.О. полностью, в случае несовершеннолетнего Пациента - Ф.И.О. его законного представителя

именуемый(ая) в дальнейшем **«Пациент»**, с другой стороны, а вместе именуемые **«Стороны»**, действуя свободно и добровольно, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. **Предмет Договора**
   1. По настоящему Договору Исполнитель оказывает Пациенту платные медицинские услуги - позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией, с радиофармацевтическим препаратом «Фтор-18-Фторэтилтирозин» в режиме «всё тело» (далее «медицинские услуги») в соответствии с выданной лицензией на осуществление медицинской деятельности согласно Прейскуранту цен на медицинские услуги (далее – Прейскурант), а Пациент обязуется оплатить оказанные медицинские услуги согласно Договору.
      1. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии:

* Информированного добровольного согласия на обработку персональных данных;
* Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, приведенного в Приложении № 1, действительного в течение всего срока действия Договора и являющегося его неотъемлемой частью;
* Анкеты Пациента при первичном обращении к Исполнителю (действительна в течение 6 месяцев).
  1. Пациент подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:
* ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. № 736);
* ознакомил его с действующим в медицинской организации Положением об использовании факсимиле подписи руководителя, утвержденным в установленном порядке;
* ознакомил его с действующим в медицинской организации Прейскурантом, утвержденным в установленном порядке;
* предоставил информацию о порядках оказания медицинской помощи, клинических рекомендациях и стандартах медицинской помощи;
* предоставил информацию о методах оказания ему медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
* уведомил его о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

- уведомил его об обязательности соблюдения назначенного режима лечения, в том числе определенного на период его временной нетрудоспособности, и о «Правилах поведения Пациента в медицинской организации»;

* уведомил его о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента;
* проинформировал о медицинском работнике, отвечающем за предоставление платной медицинской услуги, его профессиональном образовании, квалификации и графике работы в соответствии с предметом Договора;
* ознакомил его с перечнем категорий пациентов, имеющих право на получение льгот, а также с перечнем льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг (при наличии);
* довёл до него информацию о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации, а также сообщил почтовый адрес или адрес электронной почты, на которые может быть направлено обращение (жалоба).
  1. Стороны в соответствии со статьей 160 Гражданского кодекса Российской Федерации пришли к соглашению об использовании факсимиле уполномоченного лица Исполнителя. При этом факсимильная подпись будет иметь такую же силу, как и собственноручная подпись уполномоченного лица. Подписывая Договор, Пациент (или его Представитель) соглашается с использованием факсимиле уполномоченного лица Исполнителя.

По требованию Пациента документ, подписанный факсимиле, может быть заменен на документ, подписанный собственноручно уполномоченным лицом Исполнителя или представителем Исполнителя по доверенности.

* 1. Подписав настоящий Договор, Пациент подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

1. **Права и обязанности Сторон**
   1. **Исполнитель обязуется:**
2. Своевременно и качественно оказывать медицинские услуги в соответствии с настоящим Договором.
3. Предоставить Пациенту дополнительные медицинские услуги в случае, если в процессе оказания медицинских услуг Исполнителем потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
4. В своей деятельности по оказанию медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты, дезинфекционные средства и изделия медицинского назначения, разрешенные к применению в установленном законом порядке.
5. Предоставить по требованию Пациента в доступной для него форме информацию:

- о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

- об используемых при предоставлении медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

1. Информировать Пациента о назначениях и рекомендациях, изложенных в Приложении № 2 Подготовка к проведению позитронно-эмиссионной томографии, совмещённой с компьютерной томографией (ПЭТ/КТ) с использованием радиофармацевтического препарата «Фтор-18-Фторэтилтирозин», которые необходимо соблюдать для получения максимально качественного результата исследования.
2. При предоставлении медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации.
3. Немедленно извещать Пациента о невозможности оказания медицинских услуг по настоящему Договору.
4. После исполнения Договора выдать Пациенту (законному представителю Пациента) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях.
5. При предъявлении Пациентом требований, в том числе при обнаружении недостатков оказанной медицинской услуги, Исполнитель рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей».
   1. **Исполнитель имеет право:**
      1. Определять и рекомендовать в соответствии с медицинскими показаниями вид и объем медицинских услуг, необходимых для обследования Пациента.
      2. Отказаться от исполнения Договора в одностороннем порядке при невозможности продолжения оказания медицинских услуг в связи с медицинскими противопоказаниями, либо в связи с возникшими обстоятельствами, которые могут привести к изменению объема оказания медицинских услуг по настоящему Договору, в том числе и в связи с выходом из строя медицинского оборудования. При этом Исполнитель возвращает Пациенту денежные средства в размере стоимости медицинских услуг (п.3.1.) за исключением **фактически понесенных Исполнителем расходов, связанных с исполнением обязательств по настоящему Договору** на момент отказа от исполнения Договора.
   2. **Пациент обязуется:**
      1. Надлежащим образом исполнять условия настоящего Договора и своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению настоящего Договора.
      2. В целях наиболее полной оценки его состояния предоставлять Исполнителю данные предыдущих исследований и консультаций специалистов (при их наличии), проведенных не Исполнителем, а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства и изделия медицинского назначения, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход оказания медицинских услуг.
      3. Не принимать алкогольсодержащие напитки, а также не принимать без назначения врача наркотики и лекарства, их содержащие, психотропные препараты.
      4. Выполнять назначения и рекомендации Исполнителя, изложенные в Приложении № 2 Подготовка к проведению позитронно-эмиссионной томографии, совмещённой с компьютерной томографией (ПЭТ/КТ) с использованием радиофармацевтического препарата «Фтор-18-Фторэтилтирозин», для получения максимально качественного результата оказания медицинских услуг.
      5. При предоставлении медицинских услуг сообщать Исполнителю о любых изменениях в состоянии здоровья и самочувствия.
      6. В установленном законом порядке возместить убытки в случае причинения ущерба имуществу Исполнителя.
      7. Являться на прием в установленное время, заблаговременно (не менее чем за 24 часа) информировать Исполнителя о необходимости отмены или изменении назначенного ему времени получения медицинских услуг.
      8. Соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период его временной нетрудоспособности, «Правилах поведения Пациента в медицинской организации», правила техники безопасности и пожарной безопасности.
      9. Ознакомиться с Памяткой для пациента, прошедшего ПЭТ/КТ, и выполнять изложенные в ней рекомендации.
      10. После введения радиофармацевтического препарата находиться в специальном помещении за закрытой дверью в течение около 1 часа до момента начала исследования на ПЭТ/КТ.
      11. После окончания исследования на ПЭТ/КТ находиться в специальном помещении за закрытой дверью в течение 15 – 20 минут.
   3. **Пациент имеет право:**
      1. Получить в доступной для него форме имеющуюся информацию о результатах оказания медицинских услуг, возможных вариантах дальнейших обследований, возможных вариантах обращения к профильным специалистам.
      2. На информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. В случаях, когда состояние Пациента не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах Пациента решает врачебная комиссия, а в особых случаях лечащий врач.
      3. В любой момент отказаться от медицинского вмешательства, оформив в письменной форме отказ от него (форма отказа утверждена Приказом МЗ РФ № 1177н от 20.12.2012 г. «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства …»).
      4. В любой момент отказаться от исполнения Договора в одностороннем порядке, и получить возврат денежных средств в размере стоимости медицинских услуг (п.3.1.) за исключением **фактически понесенных Исполнителем расходов, связанных с исполнением обязательств по настоящему Договору** на момент отказа от исполнения Договора.
6. **Стоимость медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты**
7. Стоимость медицинских услуг, оказываемых Пациенту по настоящему Договору, определяется в соответствии с Прейскурантом, действующим на момент заключения Договора, и соответствует \_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей. Скидка составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей. Итого к оплате подлежит

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(прописью)*

1. Оплата медицинских услуг производится полностью до начала их оказания наличными денежными средствами в кассе Исполнителя, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. Пациенту после оплаты медицинских услуг выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставляемых медицинских услуг (контрольно-кассовый чек).
2. **Условия и сроки ожидания медицинских услуг**
   1. Медицинские услуги оказываются Пациенту при наличии медицинских показаний и отсутствии противопоказаний на дату их оказания.
   2. В случае наличия у Пациента противопоказаний к проведению медицинских услуг на дату их оказания, по согласованию с Пациентом назначается другая дата.
   3. Общая длительность оказания медицинской услуги составляет около 4 часов. В случае необходимости проведения дополнительного (отсроченного) исследования на ПЭТ/КТ общая длительность оказания медицинской услуги составляет около 5 часов. Срок оформления результатов ПЭТ/КТ составляет не более 1 суток с момента завершения оказания медицинской услуги.
   4. Результаты оказания медицинских услуг выдаются Пациенту по выбранному им варианту (отметить выбранный вариант):

|  |  |
| --- | --- |
| выдача результатов на руки Пациенту или его законному представителю | □ |
| отправка результатов (в течение 2-х дней с момента завершения оформления результатов) почтой России по указанному Пациентом адресу (оплата за счёт Исполнителя) | □ |
| отправка результатов (в течение 2-х дней с момента завершения оформления результатов) почтовой системой Major Express по указанному Пациентом адресу (оплата за счёт Пациента) | □ |

1. **Конфиденциальность**
   1. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе и иные сведения, составляющие врачебную тайну.
   2. С согласия Пациента или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим лицам, указанным Пациентом или его законным представителем в Приложении № 1.
   3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Пациента или его законного представителя допускается в случаях, установленных ст. 61 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан.
2. **Ответственность Сторон за невыполнение условий Договора**
   1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.
   2. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественных медицинских услуг, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.
   3. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Пациентом неполной информации о своем здоровье.
   4. Стороны освобождаются от ответственности за исполнение обязательств в случае форс-мажорных обстоятельств.
3. **Порядок изменения и отказа от исполнения Договора**
   1. Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме дополнительных соглашений к настоящему Договору, или новым Договором. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны Сторонами.
   2. Любая Сторона вправе отказаться от исполнения Договора в одностороннем порядке, направив письменное уведомление другой Стороне. Договор прекращает свое действие с даты, указанной в уведомлении, но не ранее чем через 5 (пять) рабочих дней после получения уведомления другой Стороной.
4. **Заключительные положения**
   1. Договор на оказание медицинских услуг заключён в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.
   2. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, Стороны будут решать по возможности путем переговоров. При невозможности достижения согласий, спор подлежит передаче на рассмотрение суда, в соответствии с законодательством РФ.
   3. Договор вступает в силу после подписания его Сторонами с момента внесения 100 % предоплаты стоимости медицинских услуг, оказываемых Пациенту по настоящему Договору.
   4. Срок действия Договора определяется до полного исполнения Сторонами его условий.
5. **Юридические адреса и банковские реквизиты Сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель** | **Пациент** |
| ООО «ММЦРДиЛОЗ»  394033, Россия, Воронежская область,  г. Воронеж, ул. Остужева, д. 31  ОГРН 1123668003601 выдан МИФНС  № 12 по Воронежской области  ИНН 3661055621  Сайт: <https://onco36.ru/>  Эл. почта: [office@onco36.ru](https://onco36.ru/office@onco36.ru) | |  | | --- | | Ф.И.О \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. | | Паспорт РФ серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | кем выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | дата выдачи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. | | Адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес регистрации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес электронной почты (при наличии):\_\_\_\_  Тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Генеральный директор    Азаренко Марк Александрович | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись |

МП

|  |
| --- |
| **Приложение №1**  **к Договору №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  на оказание платных медицинских услуг |

**Информированное добровольное согласие**

на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной  
медико-санитарной помощи

г. Воронеж \_\_\_\_\_\_\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес места жительства гражданина)

даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство по исследованию на позитронном эмиссионном томографе, совмещенном с компьютерным томографом (ПЭТ/КТ), с использованием радиофармацевтического препарата «Фтор-18-Фторэтилтирозин», а также на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (далее - медицинские вмешательства), для получения медицинской помощи в Обществе с ограниченной ответственностью «Межрегиональный медицинский центр ранней диагностики и лечения онкологических заболеваний» (ООО «ММЦРДиЛОЗ»).

Медицинским работником онколог Суслова Л.С. / Бялик Д.А. / Чудинова Е.Н. / Панова А.Ю.

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснены последствия при отказе от медицинских вмешательств.

Я информирован(а), что точно предсказать результат и исход медицинских вмешательств невозможно. Я понимаю, что любой из необходимых методов медицинского вмешательства сопряжен с рисками и может привести к потере трудоспособности. Гарантий относительно результатов медицинского вмешательства мне представлено не было.

Мне, в доступной для меня форме, даны разъяснения о возможных побочных явлениях, связанных с проведением медицинских вмешательств, в том числе об осложнениях, связанных с индивидуальной непереносимостью радиофармацевтических, рентгеноконтрастных препаратов, невозможностью их внутривенного введения, вследствие чего проведение исследования может быть отменено.

При условии обезличивания персональных данных, я разрешаю врачам делать фотографии или видеозаписи, связанные с моим лечебно-диагностическим процессом, использовать их в образовательных и медицинских научных целях, передавать их в другие организации и публиковать. Я понимаю, что не получу никакого вознаграждения за лечебно-диагностические данные и передаю их исключительно в целях способствования научно-исследовательскому процессу в медицинских исследованиях.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О. гражданина)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Суслова Л.С. / Бялик Д.А. / Чудинова Е.Н. / Панова А.Ю.

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата оформления)

Утверждено приказом Министерства здравоохранения

Российской Федерации от 12 ноября 2021 г. № 1051н

**Информированное добровольное согласие**

**на медицинское вмешательство**

г. Воронеж \_\_\_\_\_\_\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес места жительства гражданина)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в [Перечень](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&demo=1&base=LAW&n=129546&date=14.02.2022&dst=100009&field=134) определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в Обществе с ограниченной ответственностью «Межрегиональный медицинский центр ранней диагностики и лечения онкологических заболеваний»

Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Суслова Л.С. / Бялик Д.А. / Чудинова Е.Н. / Панова А.Ю.

*(должность, Ф.И.О. медицинского работника)*

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с [пунктом 5 части 5 статьи 19](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&demo=1&base=LAW&n=383567&date=14.02.2022&dst=608&field=134) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О. гражданина)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Суслова Л.С. / Бялик Д.А. / Чудинова Е.Н. / Панова А.Ю.

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата оформления)

|  |
| --- |
| **Приложение №2**  **к Договору №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  на оказание платных медицинских услуг |

**Подготовка к проведению позитронной эмиссионной томографии, совмещённой с  
компьютерной томографией (ПЭТ/КТ)**

***Внимание!***

***В связи с сохраняющейся сложной эпидемиологической обстановкой по коронавирусу, на проведение ПЭТ/КТ не принимаются пациенты с респираторными симптомами, не исключающими наличие коронавируса, в том числе - повышенная температура, кашель, затруднение дыхания. Помните, что диагностика и лечение коронавирусной инфекции является первоочередным и неотложным, поэтому рекомендуем Вам оставаться дома, вызвать участкового врача или бригаду скорой медицинской помощи****.*

1. В течение 5 дней до даты ПЭТ/КТ проведите общий и биохимический анализы крови (гемоглобин, лейкоциты, СОЭ, трансаминазы, общий билирубин, глюкоза, мочевина, креатинин).
2. За 3 дня до даты проведения ПЭТ/КТ рекомендуется ограничить физическую активность (воздержаться от занятий спортом, тяжёлых физических нагрузок).
3. За 1 день до проведения ПЭТ/КТ:

- исключите из пищевого рациона продукты с большим содержанием растительной клетчатки и углеводов. К таким продуктам относятся: авокадо, грейпфрут, малина, груша, ежевика, фруктовые соки, чернослив, морковь, капуста белокочанная, шпинат, картофель, тыква, фасоль, горох, чечевица, соя, рис, гречневая и манная каши, чёрные бобы, сладкая кукуруза, макароны, крекеры, хлеб, как ржаной, так и пшеничный, сахар, сладкая выпечка, конфеты, мармелад, изюм, финики, мед, варенье, халва, пирожные, шоколад. Кроме того, исключите молоко, искусственные подсластители, соусы, чеснок, острые блюда с добавлением специй и приправ;

- рекомендуемые продукты: говядина, рыба, курица, яйца, брокколи, цветная капуста, кабачки, зеленая фасоль, сыр, нежирный творог, негазированная вода, не сладкие кофе и чай;

- питьевой режим не ограничен, однако, пить следует только чистую питьевую несладкую и негазированную**!** воду, не сладкие кофе и чай;

- легко поужинайте (стакан кефира, не сладкий чай, нежирный творог). Ужин должен быть не позднее, чем за 6 часов до прибытия в наш Центр;

- снимите с себя и оставьте дома все металлические предметы (украшения, пирсинг и пр.).

1. В день проведения ПЭТ/КТ:

- не завтракайте, ПЭТ/КТ исследование проводится строго на «голодный» желудок! Убедительная просьба не жевать жевательную резинку;

- разрешается пить только чистую питьевую воду (несладкую и негазированную);

- по возможности и при наличии возьмите с собой всю имеющуюся медицинскую документацию по основному и сопутствующим заболеваниям: выписки из историй болезни, амбулаторной карты, результаты других исследований (снимки, плёнки, **диски с записями исследований**, описания, результаты биопсии, результаты анализов крови на онкомаркеры). Эта документация может быть очень важна в ходе проведения ПЭТ/КТ;

- в случае проведения ПЭТ/КТ с радиофармпрепаратом «18F-Фторэтилтирозин» необходимо принести с собой (при наличии) диски и заключения МРТ-исследований головного мозга, выполненных не позднее 1 месяца перед датой исследования. Минимальный набор МР-последовательностей для сопоставления с данными ПЭТ/КТ должен включать T1ВИ, T1ВИ+контраст, Т2, T2-FLAIR, записанные на диск в формате DICOM. Без предоставления данных МРТ исследование не будет выполнено (единственным исключением является невозможность проведения МРТ-исследования из-за наличия абсолютных противопоказаний). Кроме того, обязательно иметь при себе данные более ранних МРТ головного мозга, в том числе исследование до начала лечения (при их наличии), которые могут потребоваться для оценки динамики процесса;

- возьмите с собой результаты общего и биохимического анализов крови, проведенного Вам в течение 5 дней до даты ПЭТ/КТ;

- оденьтесь тепло, просто и удобно. Одежда должна быть без металлических предметов, украшения и съёмные протезы необходимо снять. Температурный режим в нашем процедурном помещении 200 – 220 С. Ваше общее комфортное и ненапряжённое состояние важно для получения максимально качественного результата ПЭТ/КТ;

- если у Вас имеются съёмные протезы, то снимите их заблаговременно до начала ПЭТ/КТ.

1. Процедура ПЭТ/КТ включает следующие основные этапы:

- оформление медицинской документации администраторами Центра;

- приём врача-онколога;

- расчёт и назначение вводимой дозы радиофармпрепарата врачом-радиологом;

- контроль уровня глюкозы крови (ПЭТ/КТ не проводится при уровне глюкозы крови выше 10 ммоль/л);

- установка внутривенного катетера;

- после установки катетера, перед введением радиофармпрепарата, предусмотрен небольшой отдых 10-15 минут, чтобы Вы успокоились и расслабились;

- внутривенное введение радиофармпрепарата;

- ожидание накопления радиофармпрепарата в организме от 45 до 90 минут. В это время наша медицинская сестра выдаст Вам 1 литр воды. Этот 1 литр воды необходимо выпить весь, медленно, небольшими порциями в течение всего времени ожидания.

- после накопления радиофармпрепарата в организме Вам будет проведено исследование на ПЭТ/КТ сканере, которое длится около 25 минут.

**Важно!** В ходе ПЭТ/КТ для контрастирования используются рентгеноконтрастные препараты, которые содержат йод. Поэтому напоминаем еще раз, **если у Вас отмечалась аллергия на ранее вводимые рентгенконтрастные препараты, или на йод, йодсодержащие препараты, морепродукты, то по прибытию в наш Центр Вам необходимо об этом сообщить врачу-онкологу!!!** Если у Вас не отмечалась такая аллергия, то обращаем Ваше внимание на редкую возможность возникновения **впервые аллергии на йод**. Реакция может проявляться в виде резкого ухудшения общего состояния, затруднения дыхания, отека, возможной тошноты, рвоты, кожного зуда, высыпаний на коже. В этом случае необходимо немедленно сообщить об этом медицинскому персоналу, даже если Вы находитесь в процессе сканирования, мы прекратим его и окажем Вам необходимую помощь.

1. Общее время пребывания в нашем Центре составляет порядка 5 часов и обусловлено требованиями выполнения порядка проведения ПЭТ/КТ, включая требования по соблюдению радиационной безопасности.
2. Для оптимизации времени Вашего пребывания в Центре в день проведения ПЭТ/КТ, накануне мы обязательно уведомим Вас о часе прибытия в наш Центр. Для этого по телефону +7(473) 200-22-33 при общении с нашим администратором следует сообщить Ваш контактный телефон.
3. Особенности подготовки для пациентов с сахарным диабетом:

- если Вы принимаете сахароснижающие препараты в виде инъекций инсулина, то в день ПЭТ/КТ прием пищи с одновременным введением инсулина должен быть не позднее, чем за 4 часа до прихода в наш Центр, при этом следуйте нашим рекомендациям по выбору продуктов питания, приведенным в п. 3;

- если Вы принимаете сахароснижающие препараты в виде таблеток из группы сульфанилмочевины (глибенкламид, манинил) то необходимо проконсультироваться с врачом-эндокринологом о возможности замены, либо отмены этих препаратов за сутки до ПЭТ/КТ и на 2 дня после ПЭТ/КТ;

- если Вы принимаете сахароснижающие препараты в виде таблеток из группы бигуанидов (метформин, глюкофаж) и тиазолидиндионов (росиглитазон) следует принимать согласно назначениям лечащего врача, соблюдая указанные выше рекомендации по режиму питания.

1. Особенности подготовки для пациентов с заболеваниями щитовидной железы: до проведения ПЭТ/КТ предварительно проконсультируйтесь у Вашего лечащего врача-эндокринолога, показав ему этот документ.

**Рекомендуемые правила поведения**

Просим Вас соблюдать тишину и выполнять рекомендации и требования медицинского персонала.

Сопровождающие могут находиться в отведённых зонах отдыха, вход в отделение радиологии без сопровождения медицинского персонала запрещён.

После установки внутривенного катетера Вам необходимо соблюдать осторожность, не допускать его смещения и не сгибать руку.

После введения радиофармпрепарата Вы будете находиться в специальной комнате, где Вы можете посидеть или полежать в ожидании накопления радиофармпрепарата в организме. В ходе ожидания необходимо максимально расслабиться, не двигаться и не разговаривать. Перед началом ПЭТ/КТ в рядом расположенной туалетной комнате Вам необходимо опорожнить мочевой пузырь (даже если Вам этого не хочется).

Во время нахождения в ПЭТ/КТ сканере (25 минут) следует расслабиться, лежать на спине ровно и не двигаться, стараться не кашлять.

Через 15 – 20 минут после проведения ПЭТ/КТ ещё раз опорожните мочевой пузырь.

В некоторых случаях для уточняющей диагностики может понадобиться повторное дополнительное проведение ПЭТ/КТ определённой области через 1 – 1,5 часа после основной ПЭТ/КТ. О возможной необходимости такого исследования Вас предупредят заранее.

**Важная информация**

Обращаем Ваше внимание, что для проведения ПЭТ/КТ необходимо каждый день синтезировать радиофармпрепарат. В нашем Центре синтез радиофармпрепарата начинается в 4 утра и представляет собой сложный производственный процесс на основе ядерных реакций, при котором возможны временные задержки. Следовательно, возможны задержки и в проведении ПЭТ/КТ до нескольких часов, в том числе в редких случаях перенос исследования на другой день. Просим Вас с пониманием отнестись к этому обстоятельству, потому, что мы не можем допустить применения радиофармпрепарата, который бы не соответствовал стандартам контроля качества.

При обращении в наш Центр для проведения ПЭТ/КТ необходимо иметь при себе:

- паспорт (для детей свидетельство о рождении);

- СНИЛС;

- действующий страховой медицинский полис ОМС;

- направление в ООО «ММЦРДиЛОЗ»: для иногородних пациентов формы 057/у-04 с подписями, печатью и угловым штампом; для пациентов из БУЗ ВО «ВОКОД» ИСЗЛ и выписка;

Срок выдачи пациентам результатов ПЭТ/КТ, проводившим его в платном режиме, определён Договором, заключённым с пациентом. Выдача результатов ПЭТ/КТ производится на руки пациенту или его законному представителю. По выбору пациента возможна отправка почтой России (оплата за счёт ООО «ММЦРДиЛОЗ») или почтовой системой, например Major Express, по указанному пациентом адресу (оплата за счёт пациента)

Срок выдачи пациентам результатов ПЭТ/КТ, проводившим его в плановой форме в счёт средств ОМС, определён «Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов на территории Воронежской области». Результаты ПЭТ/КТ передаются лечащему врачу БУЗ ВО «ВОКОД» или другой медицинской организации, направившей на ПЭТ/КТ.

Наши координаты: г. Воронеж, ул. Остужева, дом 31, ООО «Межрегиональный медицинский центр ранней диагностики и лечения онкологических заболеваний».

Мы находимся на выезде из города (Тамбовское направление) в сторону посёлка Бобяково, напротив гипермаркета «Metro cash and carry». На территории Центра находится охраняемая бесплатная парковка.

За дополнительной интересующей Вас информацией обращайтесь по телефону: +7(473) 200-22-33 ежедневно с 8-00 до 20-00 (без выходных); e-mail: [office@onco36.ru](mailto:office@onco36.ru) сайт: [www.onco36.ru](http://www.onco36.ru)

Генеральный директор М.А. Азаренко