|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 3  к Инструкции о порядке проведения рентгеновской компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии в организациях здравоохранения  Форма |

**Направление на КТ, МРТ**

1. ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии»

(наименование организации здравоохранения (структурного (обособленного) подразделения)

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

(наименование организации здравоохранения, в которую направляется пациент)

3. Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Пол (нужное подчеркнуть): мужской/женский.

5. Число, месяц, год рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Масса тела (кг)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Модальность исследования КТ/МРТ (нужное подчеркнуть).

8. Наименование исследования (анатомическая область):

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

9. Внутривенное контрастное усиление (нужное подчеркнуть): да1/нет.

10. Клинико-диагностическая задача (цель) исследования:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

11. Обоснование назначения исследования:

11.1. жалобы пациента, клинические симптомы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

11.2. анамнез (имеющий отношение к цели исследования):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

11.3. диагноз (дифференциальный диагноз) при направлении: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

12. Консультации врачей-специалистов по профилю исследования (при наличии):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

13. Результаты проведенных диагностических исследований, имеющих отношение к цели исследования (лабораторные, эндоскопические, ультразвуковые исследования, КТ, МРТ и др.): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

14. Ограничения и противопоказания к исследованию (нужное подчеркнуть): да2/нет.

Дата направления на исследование: \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ г.

Врач-специалист \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись, печать) (инициалы, фамилия)

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

1Если да, то оценить наличие у пациента следующих факторов (нужное подчеркнуть): гиперурикемия, единственная почка, операция на почках в анамнезе, острая или хроническая почечная недостаточность, почечный диализ, протеинурия, сахарный диабет, трансплантированная почка. При наличии хотя бы одного фактора к направлению необходимо приложить анализ лабораторного исследования на сывороточный креатинин.

2Если да, то выбрать из списка ниже:

для КТ (нужное подчеркнуть): беременность, побочные реакции на йодсодержащие контрастные вещества в анамнезе;

для МРТ (нужное подчеркнуть): кардиостимулятор и другие активные имплантируемые медицинские устройства, клаустрофобия, невозможность сохранять неподвижность во время исследования, побочные реакции на гадолиний-содержащие контрастные вещества в анамнезе, ферромагнитные металлические объекты в органах и тканях, беременность (для внутривенного введения гадолиний-содержащих контрастных веществ).

**АНКЕТА**

**пациента, направленного на магнитно-резонансное исследование**

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

# Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Вес пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ кг

*Укажите, пожалуйста:*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Были ли у Вас операции на сердце и (или) головном мозге, других органах? (Если да, то уточнить:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) | |  | | --- | |  | | Да |  | |  | | --- | |  | | Нет |
|  |  |  |  |  |  |
| У Вас когда-либо было ранение (в том числе глаза) металлическим объектом (например, металлическим осколком, стружкой и т.д.)? | |  | | --- | |  | | Да |  | |  | | --- | |  | | Нет |
|  |  |  |  |  |  |
| Была ли у Вас когда-либо реакция на контрастное вещество, применяемое для МРТ или КТ, на лекарства, прочие аллергические реакции? | |  | | --- | |  | | Да |  | |  | | --- | |  | | Нет |
|  |  |  |  |  |  |
| Беременны ли Вы (для женщин детородного возраста)? | |  | | --- | |  | | Да |  | |  | | --- | |  | | Нет |
| Есть ли у Вас клаустрофобия (боязнь замкнутого пространства)? | |  | | --- | |  | | Да |  | |  | | --- | |  | | Нет |

*Укажите, есть ли у Вас из перечисленного:*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Сердечные водители ритма (кардиостимуляторы), а также любой другой тип электронного, кохлеарного, механического или магнитного имплантанта? (Если да, то уточнить модель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) | |  | | --- | |  | |  | | Да | |  | | --- | |  | |  | | Нет |
| Клипсы на сосудах? Любой тип внутрисосудистых фильтров, стенок и т.д.?  (Если да, то уточнить модель:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) | |  | | --- | |  | | Да | |  | | --- | |  | | Нет |
| Протез сердечного клапана, глазной протез, искусственная конечность или сустав? (Если да, то уточнить модель:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) | |  | | --- | |  | | Да | |  | | --- | |  | | Нет |
| Съёмные зубные протезы, съёмный слуховой аппарат? | |  | | --- | |  | | Да | |  | | --- | |  | | Нет |
| Любой имплантированный ортопедический объект (например, штифт, шуруп, гвоздь, клипса, пластина, проволока и пр.)? (Если да, то уточнить модель:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) | |  | | --- | |  | |  | | Да | |  | | --- | |  | |  | | Нет |

Вам необходимо снять протезы, снять украшения, часы, слуховой аппарат и очки, вынуть из карманов все магнитные и металлические предметы. Во время исследования (15-30 минут) необходимо сохранять полную неподвижность.

*Я подтверждаю, что приведенная выше информация верна. Я прочёл (прочла) и понял (поняла) содержание всей этой формы, имел (имела) возможность задать вопросы и согласен (согласна) на исследование.*

Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года

**ПАМЯТКА ДЛЯ ВРАЧА**

1. Пациенты, опоздавшие более 15 минут на исследование, неподготовленные к МРТ не принимаются. Повторная запись в порядке общей очереди.
2. При отсутствии направления с предварительным диагнозом и целью исследования, истории болезни, (амб. карты) МРТ не проводится.
3. При наличии дисков с предыдущими исследованиями, их необходимо предоставить для загрузки в АИС Клиника.
4. Лечащий врач накануне исследования должен подписать у пациента анкету, разъяснить порядок выполнения МРТ.
5. Магнитную совместимость металлических имплантов, нейро-кардиостимуляторов можно проверить в паспорте изделия либо на сайте www.magneticresonancesafetytesting.com.
6. Беспокойные пациенты и дети до 5 лет нуждаются в седации.
7. Пациенты с массой тела свыше 150 кг на исследования не принимаются.
8. Пациентам, которым выполняется гемодиализ, рекомендуется выполнять синхронизацию времени инъекции гадолиний-содержащих контрастных препаратов с сеансом гемодиализа, выполнять дополнительные сессии гемодиализа для удаления контрастного вещества после его введения.