



**ДЕПАРТАМЕНТ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
КОСТРОМСКОЙ ОБЛАСТИ**

ул. Свердлова, 129, г. Кострома, 156029  
Тел (4942) 311-469, факс (4942) 316-981

E-mail: [dzo@adm44.ru](mailto:dzo@adm44.ru)

ОКПО 00095621 ОГРН 1024400523564

ИНН/КПП 4401004514/440101001

от «19» 11 2015 г. № 1214

На № \_\_\_\_\_ от «\_» \_\_\_\_\_ 2015 г.

О направлении информации

Уважаемый Владимир Евгеньевич!

Департамент здравоохранения Костромской области направляет Вам рекомендации по проведению МРТ и КТ-исследования в качестве руководства по организации и проведению МРТ и КТ-исследований: перечень медицинских показаний, противопоказаний и порядка направления на высокотехнологичные методы исследования при проведении МРТ и КТ-исследованиях; информированное согласие на МР-исследования (манипуляцию); направления на МРТ (КТ) – исследования; лист информированного согласия на внутривенное применение контрастного препарата; перечень кодов и наименований услуг МРТ и КТ - исследований.

Приложение: на 16 л в 1 экз.

Директор департамента

А.В. Князев

М.В. Надежина  
31 68 03



Директору  
ТФОМС Костромской области  
В.Е.Николаеву  
*Владимир Евгеньевич*  
*23.11.15*

**Перечень медицинских показаний, противопоказаний  
и порядка направления на высокотехнологичные методы  
исследования при проведении МРТ и КТ-исследований.**

**Компьютерная томография**

**Компьютерная томография головного мозга.**

*Показания:* травма головного мозга, лицевого черепа с подозрением на внутримозговое или субарахноидальное, субдуральное кровоизлияние, посттравматические последствия; оценка эффективности операций; подозрение на опухоль и вторичное поражение; подозрение на воспалительный процесс (абсцесс); изменения в костях свода и основания черепа; острое нарушение мозгового кровообращения; аномалии развития.

*Противопоказания (общие):* крайне тяжелое состояние; болезнь Паркинсона; выраженное психомоторное возбуждение.

*Подготовка:* не требуется

*Предварительное рекомендуемое обследование:* заключения невролога, нейрохирурга.

**Компьютерная томография головного мозга с в/в усилением.**

*Показания:* при трудностях в дифференциальной диагностике образований в полости черепа; подозрение на воспалительный процесс (абсцесс)

*Противопоказания (общие):* крайне тяжелое состояние; болезнь Паркинсона; выраженное психомоторное возбуждение.

*Подготовка:* не требуется

*Предварительное рекомендуемое обследование:* глазное дно, поля зрения, краниография, заключения невролога, нейрохирурга, оториноларинголога.

**Компьютерная томография головного мозга с в/в усилением и наркозом.**

*Показания:* дети до 5-7 лет; судорожный синдром; выраженное психомоторное возбуждение; при трудностях в дифференциальной диагностике образований в полости черепа; подозрение на воспалительный процесс (абсцесс)

*Противопоказания (общие):* крайне тяжелое состояние; болезнь Паркинсона; выраженное психомоторное возбуждение.

*Подготовка:* исследование проводится натощак

*Предварительное рекомендуемое обследование:* глазное дно, поля зрения, краниография, заключения невролога, нейрохирурга, оториноларинголога.

**Заключение анестезиолога обязательно!**

**Компьютерная томография орбит.**

*Показания:* подозрение на опухоль глазниц; экзофтальм неясного генеза; травма, инородное тело глазницы

*Противопоказания:* (общие) крайне тяжелое состояние; болезнь Паркинсона; выраженное психомоторное возбуждение.

*Подготовка:* не требуется.

*Предварительное обследование:* глазное дно, поля зрения, заключения окулиста, невролога.

### **Компьютерная томография придаточных пазух носа, лицевого черепа**

*Показания:* подозрение на опухоль, кисту; воспалительные заболевания; травма; аномалии развития.

*Противопоказания:* (общие) крайне тяжелое состояние; болезнь Паркинсона; выраженное психомоторное возбуждение.

*Подготовка:* не требуется.

*Предварительное обследование:* рентгенография лицевого черепа, заключения оториноларинголога, стоматолога, невропатолога, онколога

### **Компьютерная томография позвоночника и спинного мозга (1 отдел).**

*Показания:* подозрение на опухолевое, метастатическое поражение с деструкцией; травматическое поражение; подозрение на грыжу диска (с обязательным указанием сегмента поражения); воспалительные процессы (специфические и неспецифические) с деструкцией костных структур

*Противопоказания:* (общие) крайне тяжелое состояние; болезнь Паркинсона; выраженное психомоторное возбуждение.

*Подготовка:* не требуется.

*Примечание:* с увеличением площади исследуемой области возрастает доза облучения пациента. Вопрос о необходимости более обширной зоны исследования необходимо согласовать с врачом-рентгенологом

*Предварительное рекомендуемое обследование:* заключения невролога, нейрохирурга, онколога; спондилография исследуемого отдела; общий анализ крови; мочи

### **Компьютерная томография мягких тканей шеи, гортани**

(щитовидная железа, л/узлы шеи, гортаноглотка).

*Показания:* как самостоятельная методика малоинформативна, поэтому вопрос о ее проведении согласуется с врачом-рентгенологом КТ, может проводиться предварительно перед в/в усилением. Показанием являются - инородные тела, требующие точной локализации

*Противопоказания:* (общие) крайне тяжелое состояние; болезнь Паркинсона; выраженное психомоторное возбуждение.

*Предварительное рекомендуемое обследование:* заключения оториноларинголога, эндокринолога, невропатолога, хирурга, общий анализ крови.

*Подготовка:* не требуется.

### **Компьютерная томография мягких тканей шеи, гортани с в/в усилением**

(щитовидная железа, л/узлы шеи, гортаноглотка).

*Показания:* первичные и вторичные опухоли области шеи; инородные тела, требующие точной локализации

*Противопоказания:* (общие) крайне тяжелое состояние; болезнь Паркинсона; выраженное психомоторное возбуждение.

*Предварительное обследование:* заключения оториноларинголога, эндокринолога, невролога, хирурга, мягко - тканая рентгенография, общий анализ крови

*Подготовка:* не требуется

### **Компьютерная томография костей и суставов**

(1 кость или 1 сустав, исследования тазобедренных и коленных суставов проводится по два).

*Показания:* подозрение на опухоль, метастатическое поражение; воспалительные поражения (специфические, неспецифические); дегенеративно- дистрофические процессы; врожденные аномалии развития

*Противопоказания:* (общие) крайне тяжелое состояние; болезнь Паркинсона; выраженное психомоторное возбуждение.

*Подготовка:* не требуется.

*Предварительное рекомендуемое обследование:* заключение терапевта, ревматолога, ортопеда, рентгенологические снимки исследуемой зоны в двух проекциях, общий анализ крови, острофазовые показатели.

### **Компьютерная томография органов грудной клетки (легких и средостения).**

*Показания:* подозрение на объемное образование легких, средостения, плевры, диафрагмы; лимфоаденопатия неясного генеза; синдром долевых и сегментарных затемнений, когда обычного рентгенологического исследования недостаточно для постановки диагноза; для уточнения наличия очагов отсева или полостей распада при специфических поражениях легких и средостения; аномалии развития бронхо - легочной системы; воспалительные заболевания легких и средостения

*Противопоказания:* (общие) крайне тяжелое состояние; болезнь Паркинсона; выраженное психомоторное возбуждение.

*Предварительное рекомендуемое обследование:* рентгенография грудной клетки, заключение пульмонолога, онколога, фтизиатра, общий анализ крови, мочи, мокроты

*Подготовка:* не требуется.

### **Компьютерная томография органов грудной клетки (легких и средостения) с в/в усилением.**

*Показания:* вопрос о назначении исследования решается врачом-рентгенологом компьютерного томографа при трудностях в дифференциальной диагностике выявленных изменений.

*Доза контраста* зависит от веса пациента

*Противопоказания:* (общие) крайне тяжелое состояние; болезнь Паркинсона; выраженное психомоторное возбуждение.

*Предварительное рекомендуемое обследование:* рентгенография грудной клетки, заключение пульмонолога, онколога, фтизиатра, общий анализ крови, мочи, мокроты

*Подготовка:* не требуется.

### **Компьютерная томография почек, мочеточников, мочевого пузыря.**

*Показания:* мочекаменная болезнь, подозрение на опухоль.

*Противопоказания:* (общие) крайне тяжелое состояние; болезнь Паркинсона; выраженное психомоторное возбуждение.

*Подготовка:* не требуется.

*Предварительное рекомендуемое обследование:* УЗИ мочевыделительной системы, общий анализ мочи, заключение уролога.

### **Компьютерная томография органов брюшной полости с в/в усилением (печень, поджелудочная железа, селезенка, забрюшинное пространство).**

Доза контрастного препарата зависит от веса.

*Показания:* подозрение на объемное образование брюшной полости при трудностях в диагностике УЗ-исследования; травматические повреждения паренхиматозных органов; механическая желтуха при трудностях в диагностике УЗ-исследования; очаговые воспалительные поражения органов брюшной полости; дифференциальная диагностика свободного и осумкованного выпота в брюшной полости.

*Противопоказания:* (общие) крайне тяжелое состояние; болезнь Паркинсона; выраженное психомоторное возбуждение.

*Подготовка:* накануне вечером – легкий ужин, в день исследования не завтракать. Исследование брюшной полости производится натощак. Если назначено КТ- исследование во второй половине дня, утром можно легко позавтракать но не обедать. За 15 -40 минут до исследования пациенту предлагается выпить воду либо йодсодержащий неионный контрастный препарат (в зависимости от задач исследования), после чего контраст вводится внутривенно.

**Н.В!** Если пациенту выполнялось рентгеновское исследование пищеварительного тракта с контрастированием бариевой взвесью - компьютерная томография может быть выполнена не ранее, чем 7 суток.

*Предварительное рекомендуемое обследование:* заключения гастроэнтеролога, хирурга, онколога, УЗИ брюшной полости, ФГС желудка и

двенадцатиперстной кишки, колоноскопия, общий анализ крови, биохимические показатели крови.

**Компьютерная томография органов брюшной полости без в/в усиления (нативная)** (печень, поджелудочная железа, селезенка, забрюшинное пространство).

*Показания:* как самостоятельная методика при плановом исследовании сравнительно низкоинформативна, поэтому вопрос о ее проведении согласуется с врачом-рентгенологом КТ, может проводиться предварительно перед в/в усилением. В экстренной практике информативность значительно превосходит стандартный обзорный снимок брюшной полости. Показаниям к проведению исследования являются - травматические повреждения паренхиматозных органов, подозрение на повреждение полого органа, панкреонекроз, наличие свободной жидкости в брюшной полости, подозрение на острую кишечную непроходимость.

**Н.В!** при подозрение на острую кишечную непроходимость исследование должно быть выполнено до дачи бариевой взвеси.

*Противопоказания:* (общие) крайне тяжелое состояние; болезнь Паркинсона; выраженное психомоторное возбуждение.

*Подготовка:* по экстренным показанием не проводится.

*Предварительное рекомендуемое обследование:* заключения гастроэнтеролога, хирурга, онколога, УЗИ брюшной полости, ФГС желудка и двенадцатиперстной кишки, колоноскопия, общий анализ крови, Обзорный рентгеновский снимок брюшной полости, биохимические показатели крови.

**Компьютерная томография органов малого таза с в/в усилением**

Доза контраста зависит от веса пациента.

*Показания:* подозрение на объемное образование малого таза при трудностях в диагностике УЗИ- исследования; травматические повреждения; воспалительные поражения органов малого таза; дифференциальная диагностика свободного и осумкованного выпота в малом тазу

*Противопоказания:* (общие) крайне тяжелое состояние; болезнь Паркинсона; выраженное психомоторное возбуждение.

*Подготовка:* исследование производится натощак. За 7-8 часов до исследования пациенту может предлагаться выпить йодосодержащий неионный контрастный препарат (согласовать с врачом проводящим исследование). Мочевой пузырь должен быть полностью заполнен. За 15 минут до исследования пациенту вводится в/в йодосодержащий неионный контрастный препарат.

*Предварительное обследование:* заключение гинеколога, хирурга, онколога, УЗИ малого таза, общий анализ крови, мочи.

**Компьютерная томография надпочечников с в/в усилением.**

Доза контраста зависит от веса пациента.

*Показания:* подозрение на опухоль надпочечников; клинические лабораторные данные, указывающие на гиперфункцию надпочечников; сложные аномалии развития.

*Противопоказания:* (общие) крайне тяжелое состояние; болезнь Паркинсона; выраженное психомоторное возбуждение.

*Предварительное рекомендуемое обследование:* заключения эндокринолога, хирурга, терапевта; УЗИ забрюшинного пространства; общий анализ крови, мочи, биохимические показатели и гормональный статус.

*Подготовка:* не требуется, при необходимости (по согласованию с врачом-рентгенологом) подготовка как при исследовании брюшной полости

## **МРТ-ДИАГНОСТИКА**

### **Абсолютные противопоказания к МРТ:**

- Наличие у пациента электронных имплантатов среднего уха
- Большие металлические имплантаты
- Установленный кардиостимулятор (есть риск, что магнитное излучение аппарата МРТ собьет ритм стимулятора сердца)
- Кровоостанавливающие клипсы в сосудах головного мозга (существует риск того, что аппарат МРТ спровоцирует внутримозговое кровотечение)
- Наличие аппарата Елизарова.
- Превышение массы тела пациента допустимых рамок в 170 кг (это ограничение нагрузки на стол томографа)
- Несовместимость окружности талии пациента с диаметром аппарата МРТ, т.е. более 60 см (выходом в такой ситуации считается проведение процедуры с использованием МРТ томографов открытого типа, обладающих низкой напряженностью магнитного поля)

Помимо вышеуказанных моментов, при которых запрещается или затрудняется проведение МРТ, противопоказанием к процедуре также считается наличие татуировок, которые окрашивали специальными металлосодержащими красителями.

**Если в анамнезе пациента указаны хирургические операции с внедрением инородных тел, т.е. имплантатов, то требуется сертификат на внедренный материал о безопасности проведения магнитно-резонансной томографии.**

**Алгоритм подготовки и проведения лучевых исследований, сопровождающихся внутрисосудистым или эндолюмбальным введением контрастных веществ.**

1. Лучевые исследования (выделительная урография, ангиография, томография, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, флебография, ультразвуковое исследование и др.), сопровождающиеся внутрисосудистым или эндолюмбальным введением контрастных веществ (далее Исследования), проводятся в специализированных кабинетах на аппаратах, предназначенных для этой цели.

2. Внутрисосудистое (эндолюмбальное) введение контрастного вещества осуществляется подготовленным и сертифицированным специалистом (процедурной или операционной сестрой под контролем врача, проводящего Исследование, и лечащего врача) в соответствии с инструкцией по применению вводимого контрастного вещества.

3. При подготовке пациента к Исследованию, выполнение кожных проб и тест-проб (внутривенное пробное введение 1-2 мл вещества) с йодсодержащими препаратами, не проводится.

4. За подготовку пациента к Исследованию несёт ответственность лечащий врач.

#### **Обязанности лечащего врача:**

1. Изучение и описание в истории болезни (амбулаторной карте) аллергологического анамнеза и результатов обследования пациента, с целью обнаружения факторов риска возникновения осложнений на внутрисосудистое введение контрастного вещества (любые аллергические реакции, истинная непереносимость йода, пищевая аллергия к йодсодержащим продуктам, бронхиальная астма, хроническая почечная недостаточность, дыхательная недостаточность, выраженная сердечная недостаточность, гиповолемия, дегидратация, тяжелое нарушение функции печени и др.);

2. При обнаружении у пациента какого-либо фактора риска возникновения осложнения на внутрисосудистое введение контрастного вещества, организация консультации соответствующего специалиста (аллерголога-иммунолога, нефролога и др.) и консилиум врачей, для определения показаний к Исследованию, уточнения порядка его подготовки и проведения;

3. Обоснование в истории болезни (амбулаторной карте) пациента показаний к Исследованию;

4. Подписание информированного согласия пациента на проведение конкретного Исследования;

5. Составление заявки (направления) на проведение Исследования, с указанием паспортных данных пациента, номера истории болезни (амбулаторной карты), диагноза, цели Исследования и отсутствия противопоказаний к нему;

6. Организации установки сосудистого доступа в лечебном отделении перед Исследованием;



7. Наблюдение за пациентом в процессе Исследования, при необходимости, руководство мероприятиями по оказанию пациенту неотложной медицинской помощи, сопровождение пациента в палату;

8. Организация наблюдения за пациентом в течении 4 часов, после Исследования, описание состояния пациента в истории болезни (амбулаторной карте).

**Обязанности врача, проводящего исследование:**

1. Контроль готовности аппаратуры и оборудования к проведению Исследования, а также контроль за полноценностью комплектования аптечки неотложной помощи;

2. Проверка полноценности подготовки пациента к Исследованию (анализ медицинских и формальных данных истории болезни (амбулаторной карты) пациента);

3. Определение цели, задач, объёма и порядка проведения Исследования;

4. Регистрация, укладка пациента, выполнение процедуры Исследования;

5. Оказание пациенту неотложной медицинской помощи при возникновении у пациента легкой или умеренной реакции на введение контрастного вещества, организация реанимационных мероприятий с участием врача-реаниматолога при возникновении у пациента тяжелых реакций.

6. Архивирование и анализ полученных данных, оформление протокола Исследования с указанием вида, концентрации, объема и характера введения использованного контрастного вещества.

5. При проведении Исследования амбулаторным пациентам обязанности, отраженные в разделе «Обязанности лечащего врача» (п.п. 1 - 6) возлагаются на врача, направившего пациента на **Исследование**, а обязанности, отраженные в разделе «Обязанности лечащего врача» (п.7 и п.8) на врача, назначенного приказом главного врача учреждения.

**Н.В. При необоснованности направлениях на рентгенологическое исследование (отсутствие диагноза и др.) врач-рентгенолог может оказать пациенту в проведении рентгенологического исследования, предварительно проинформировав об этом лечащего врача и зафиксировав отказ в истории болезни (амбулаторной карте).**

(основание – ФЗ «О радиационной безопасности населения», ФЗ «Об охране здоровья граждан»).

Главный внештатный специалист по лучевой диагностике Департамента здравоохранения Костромской области  
Бородулин М.А.

## ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА МР-ИССЛЕДОВАНИЕ/МАНИПУЛЯЦИЮ

Дата \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

ФИО пациента \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_ Рост \_\_\_\_\_ см Вес \_\_\_\_\_ кг

Дата рождения \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ Мужчины  Женщины

ЧЧ ММ ГГ

1. Были ли Вы ранее оперированы (в том числе артроскопия, эндоскопия и т.п.) Да  Нет
2. Имелись ли проблемы во время предыдущего МРТ Да  Нет   
Если Да, просьба указать \_\_\_\_\_
3. Имелось ли ранение глаза металлическим объектом или осколком (например, металлической стружкой, инородным телом и т.п.) Да  Нет
4. Имелось ли ранение металлическим объектом или осколком (например, дробь, пуля и т.п.) Да  Нет
5. Имеется ли аллергия на какие-либо медицинские препараты? Да  Нет   
Если Да, просьба указать \_\_\_\_\_
6. Были ли ранее аллергические реакции на контрастные вещества, применяемые для магнитно-резонансной томографии, компьютерной томографии или рентгена Да  Нет
7. Страдаете ли Вы анемией или другим заболеванием, которое оказывает влияние на кровь, заболеваниями почек? Да  Нет
8. Были ли ранее судороги? Да  Нет

### ДЛЯ ЖЕНЩИН-ПАЦИЕНТОК.

9. Дата последнего менструального периода \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ После менопаузы? Да  Нет
10. Вы беременны или имеете задержку менструации? Да  Нет
11. Кормите ли Вы грудью в настоящее время? Да  Нет

### **ВАЖНЫЕ ИНСТРУКЦИИ**

Перед входом в МР-область или помещение МР-сканирования удалить ВСЕ металлические объекты, включая слуховые аппараты, пейджеры, мобильные телефоны, ключи, очки, заколки, бaretки, ювелирные изделия (включая пирсинг), часы, булавки, скрепки, зажимы для денег, кредитные и банковские карты, карточки с магнитными полосками, монеты, ручки, перочинные ножи, пилочки для ногтей, обувь с металлическими каблуками и инструменты. **Особенно запрещены незакрепленные металлические предметы.**

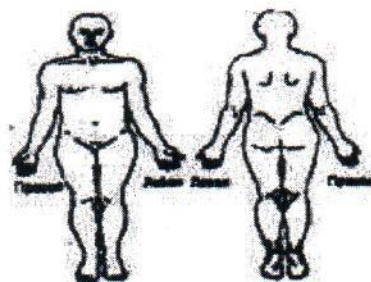
**ПРЕДОСТЕРЕЖЕНИЕ:** Некоторые имплантаты, устройства и объекты могут быть опасными для Вас и/или мешать проведению МР-обследования. В МР-системе ВСЕГДА присутствует магнитное поле.

### **Просьба указать при наличии у Вас следующего:**

- Да  Нет Зажимы аневризм
- Да  Нет Кардиостимулятор или имплантированный кардиовертер (ICD)
- Да  Нет Электронный или магнитный имплантат или устройство
- Да  Нет Система нейростимуляции
- Да  Нет Стимулятор позвоночника
- Да  Нет Внутренние электроды или провода
- Да  Нет Стимулятор роста/сращения костей

- Да  Нет Кохлеарные, отологические или другие ушные импланты
- Да  Нет Инсулиновый или инфузионный насос
- Да  Нет Имплантированное устройство введения лекарств
- Да  Нет Любой тип протеза (глаз, пенис и т.п.)
- Да  Нет Протезы сердечных клапанов
- Да  Нет Пружина или проволока века глаза
- Да  Нет Искусственная конечность или протез
- Да  Нет Металлический эндопротез, фильтр, спираль (в т.ч. внутриматочная)
- Да  Нет Шунт (позвоночный или интравентрикулярный)
- Да  Нет Порт или катетер доступа в сосуды
- Да  Нет Имплантат или радиоактивный источник
- Да  Нет Катетер Свана-Ганза или терморазведения
- Да  Нет Лечебные наклейки (никотин, нитроглицерин)
- Да  Нет Любой металлический осколок или инородное тело
- Да  Нет Имплантат из проволочной сетки
- Да  Нет Расширитель ткани (молочные железы)
- Да  Нет Хирургические крючки, скобки или металлические швы
- Да  Нет Протез сустава (тазобедренный, коленный и т.п.)
- Да  Нет Соединение костей: штифты, винты, гвозди, проволока, пластины и т.п.
- Да  Нет IUD, диафрагма или пессарий
- Да  Нет Зубные протезы или пластинки
- Да  Нет Татуировки или постоянная косметика
- Да  Нет Пирсинг на теле
- Да  Нет Слуховой аппарат (удалить перед входом в МР-область)
- Да  Нет Другой имплантат \_\_\_\_\_
- Да  Нет Проблемы дыхания или двигательные нарушения
- Да  Нет Клаустрофобия

Просьба отметить на силуэтах  
расположение любого  
импланта или металла внутри  
Вашего тела



Я подтверждаю, что вышеприведенная информация является правильной (насколько мне известно). Я прочитал (а) и полностью понял (а) все содержание данного бланка, имел возможность задать вопросы относительно информации на этом бланке и удовлетворен (а) ответами врача.

Я \_\_\_\_\_

(Фамилия, Имя, Отчество)

даю добровольное согласие на проведение МР-исследования/манипуляции

которая (ое) позволит уточнить диагноз, оценить состояние моего здоровья, определить ход дальнейшего лечения и представить прогноз.

Я информирован (а) о характере предстоящего (ей) исследования/манипуляции и возможном развитии при этом осложнений, вероятности возникновения аллергических реакций.

Женщины предупреждены о нежелательности проведения исследования в период беременности, лактации, о возможном отрицательном влиянии на плод в период беременности.

Также я информирован (а) о пропуске во внеочередном порядке пациентов, доставленных каретой скорой помощи и пациентов кардиоцентра.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись пациента \_\_\_\_\_

Форма заполнена  Пациентом  Родственником  М/сестрой или врачом сопровождения

Я отказываюсь от проведения вышеуказанного исследования/манипуляции по следующим причинам \_\_\_\_\_

Мне подробно объяснены последствия отказа от проведения исследования/манипуляции.

(подпись пациента)

(дата)

Фамилия врача проводящего исследования \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_

Особые отметки \_\_\_\_\_

Штамп направляющей МО

№ мед. карты: \_\_\_\_\_

Отделение: \_\_\_\_\_ Палата: \_\_\_\_\_

**НАПРАВЛЕНИЕ НА МРТ (КТ) — исследование**

(медицинская организация, куда направляется больной)

**1. Фамилия, имя,  
отчество:** \_\_\_\_\_

(полностью)

**2. Дата рождения:** \_\_\_\_\_

(число, месяц, год, число полных лет)

**3. Рост:** \_\_\_\_\_ **Вес:** \_\_\_\_\_**4. Адрес регистрации по месту жительства:** \_\_\_\_\_**5. Контактный телефон:** \_\_\_\_\_**6. Социальный статус** (необходимое подчеркнуть): 1 - учащийся, 2 – работающий, 3 -  
неработающий, 4 — пенсионер, 5 – военнослужащий**7. Место работы, должность:** \_\_\_\_\_**8. Код льготы****9. Полис ОМС:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

наименование страховой компании

СНИЛС

				-					-					-				
--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--

**10. Инвалидность** (необходимое подчеркнуть): 1 – I группа, 2 – II группа, 3 – III группа**11. Диагноз направляющего учреждения****Основной:** \_\_\_\_\_**Код МКБ** (указывается обязательно): \_\_\_\_\_**Сопутствующий:** \_\_\_\_\_**12. Жалобы:** \_\_\_\_\_**13. Анамнез, в т.ч. аллергологический:** \_\_\_\_\_

14. Объективные данные: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

15. Операции в зоне исследования (наименования, даты): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

16. Результаты ранее проведенных инструментальных исследований в исследуемой зоне (даты, протоколы): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

17. Цель направления: \_\_\_\_\_  
(направляется первично, повторно, КТ-исследование, МРТ-исследование, с контрастированием, без контрастирования, обосновать необходимость контрастирования, необходимость анестезии)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

18. Исследуемый орган, область и уровень исследования: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

19. Противопоказания к КТ (МРТ) исследованию: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Дата выдачи направления « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
Врач \_\_\_\_\_ /ФИО \_\_\_\_\_ /  
Заведующий отделением \_\_\_\_\_ /ФИО \_\_\_\_\_ /  
Председатель ВК \_\_\_\_\_ /ФИО \_\_\_\_\_ /  
Дата проведения ВК: « \_\_\_\_ » « \_\_\_\_ » 20 \_\_\_\_ г.  
Протокол решения ВК: № \_\_\_\_\_ Место печати МО

\*При себе иметь результаты ранее выполненных МРТ, КТ, УЗИ, рентгенологических исследований в исследуемой зоне

## **ЛИСТ ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ НА ВНУТРИВЕННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ КОНТРАСТНОГО ПРЕПАРАТА.**

Вам назначено исследование, которое обычно требует внутривенного введения специального медицинского препарата, называемого контрастным веществом. Контрастное вещество усиливает изображение и помогает рентгенологам выявить различные заболевания.

**Отказ от применения контрастного вещества может привести к ошибкам в постановке диагноза.**

**Побочные реакции при введении контрастного вещества могут проявиться тошнотой, рвотой, чиханием, сыпью на коже. Крайне редко могут случаться более серьезные реакции на контрастный препарат.**

К группам повышенного риска при введении контрастного вещества относятся:

- 1.Люди, которые ранее имели подобные осложнения от введения контрастного препарата.
- 2.Люди с аллергическими заболеваниями и, особенно, астмой.
- 3.Пациенты с тяжелыми заболеваниями сердца.
- 4.Пациенты с миеломной болезнью, заболеваниями крови, полицитемией и феохромоцитомой.
- 5.Пациенты с заболеваниями почек, особенно, обусловленные диабетом.

**Если Вы считаете, что относитесь к группе повышенного риска, обязательно дайте знать об этом врачу!**

В настоящее время используется новое поколение контрастных препаратов (неионные низкоосмолярные мономеры, изоосмолярные димеры), которые снижают риск появления отрицательных реакций в 5-11 раз.

Если у Вас есть какие-либо вопросы, пожалуйста, обратитесь к врачу или процедурной медицинской сестре кабинета. Ниже подтвердите согласие на использование контрастного препарата или отказ от него.

С содержанием листа информированного согласия ознакомлен(а), даю согласие на:

- ( ) исследование без внутривенного контрастирования  
( ) исследование с введением контрастного препарата

Номер амбулаторной карты \_\_\_\_\_

Число \_\_\_\_\_

Фамилия (печатными буквами) \_\_\_\_\_

Подпись пациента \_\_\_\_\_

Код услуги	Наименование услуги	СТОИМОСТЬ
A06.01.001	Компьютерная томография мягких тканей	
A06.03.002	Компьютерная томография головы	
A06.03.002.001	Компьютерная томография головы с контрастированием	
A06.03.002.002	Компьютерная томография головы без контрастирования структур головного мозга	
A06.03.002.003	Спиральная компьютерная томография головы	
A06.03.002.004	Компьютерная томография лицевого отдела черепа	
A06.03.012	Компьютерная томография шеи	
A06.03.021.001	Компьютерная томография верхней конечности	
A06.03.021.002	Спиральная компьютерная томография верхней конечности с внутривенным болюсным контрастированием	
A06.03.021.003	Компьютерная томография верхней конечности с внутривенным болюсным контрастированием, мультипланарной и трехмерной реконструкцией	
A06.03.036.001	Компьютерная томография нижней конечности	
A06.03.036.002	Компьютерная томография нижней конечности с внутривенным болюсным контрастированием	
A06.03.036.003	Компьютерная томография нижней конечности с внутривенным болюсным контрастированием, мультипланарной и трехмерной реконструкцией	
A06.03.058	Компьютерная томография позвоночника (один отдел)	
A06.03.058.001	Компьютерная томография позвоночника для трехмерной реконструкции	
A06.03.058.002	Компьютерная томография позвоночника спиральная	
A06.03.062	Компьютерная томография кости	
A06.04.017	Компьютерная томография сустава	
A06.08.007	Компьютерная томография придаточных пазух носа, гортани	
A06.08.007.001	Спиральная компьютерная томография гортани	
A06.08.007.002	Компьютерная томография гортани с внутривенным болюсным контрастированием	
A06.08.007.003	Спиральная компьютерная томография придаточных пазух носа	
A06.08.009	Компьютерная томография верхних дыхательных путей и шеи	
A06.08.009.001	Спиральная компьютерная томография шеи	
A06.08.009.002	Компьютерная томография шеи с внутривенным болюсным контрастированием	

A06.08.009.003	Компьютерная томография шеи с внутривенным болюсным контрастированием, мультипланарной и трехмерной реконструкцией	
A06.09.005	Компьютерная томография органов грудной полости	
A06.09.005.001	Спиральная компьютерная томография грудной полости	
A06.09.005.002	Компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием	
A06.09.005.003	Компьютерная томография грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием, мультипланарной и трехмерной реконструкцией	
A06.10.009	Компьютерная томография сердца	
A06.10.009.001	Спиральная компьютерная томография сердца	
A06.12.001.001	Компьютерная томография грудной аорты	
A06.12.001.002	Компьютерная томография брюшной аорты	
A06.12.050	Компьютерно-томографическая ангиография одной анатомической области	
A06.16.002	Компьютерная томография пищевода с пероральным контрастированием	
A06.20.002	Компьютерная томография органов малого таза у женщин	
A06.20.002.001	Спиральная компьютерная томография органов малого таза у женщин	
A06.20.002.002	Спиральная компьютерная томография органов малого таза у женщин с внутривенным болюсным контрастированием	
A06.20.002.003	Компьютерная томография органов малого таза у женщин с контрастированием	
A06.20.002.004	Компьютерная томография органов малого таза у женщин с внутривенным болюсным контрастированием, мультипланарной и трехмерной реконструкцией	
A06.21.003	Компьютерная томография органов таза у мужчин	
A06.21.003.001	Спиральная компьютерная томография органов таза у мужчин	
A06.21.003.002	Спиральная компьютерная томография органов таза у мужчин с внутривенным болюсным контрастированием	
A06.21.003.003	Компьютерная томография органов таза у мужчин с контрастированием	
A06.23.004	Компьютерная томография головы с	



	контрастированием структур головного мозга	
A06.23.004.001	Компьютерно-томографическое перфузионное исследование головы	
A06.23.004.002	Компьютерная томография головы спиральная с контрастированием	
A06.23.004.003	Компьютерно-томографическое спиральное перфузионное исследование лицевого отдела черепа	
A06.23.004.004	Компьютерная томография лицевого отдела черепа с внутривенным болюсным контрастированием	
A06.23.004.005	Компьютерная томография лицевого отдела черепа с внутривенным болюсным контрастированием, мультипланарной и трехмерной реконструкцией	
A06.23.007	Компьютерно-томографическая вентрикулография	
A06.23.008	Компьютерно-томографическая цистернография	
A06.25.003	Компьютерная томография височной кости	
A06.25.003.001	Спиральная компьютерная томография височной кости	
A06.26.006	Компьютерная томография глазницы	
A06.28.009	Компьютерная томография почек	
A06.28.009.001	Компьютерная томография почек и верхних мочевыводящих путей с болюсным контрастированием	
A06.28.009.002	Спиральная компьютерная томография почек и надпочечников	
A06.30.002.001	Описание и интерпретация компьютерных томограмм	
A06.30.002.002	Описание и интерпретация магнитно-резонансных томограмм	
A06.30.003.001	Проведение компьютерных томографических исследований	
A06.30.005	Компьютерная томография органов брюшной полости	
A06.30.005.001	Компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства	
A06.30.005.002	Компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием	
A06.30.005.003	Компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием	

A06.30.005.004	Спиральная компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием, мультипланарной и трехмерной реконструкцией	
A06.30.007	Компьютерная томография забрюшинного пространства	
A06.30.007.001	Спиральная компьютерная томография забрюшинного пространства	
A06.30.007.002	Компьютерная томография забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием	
A06.30.009	Топометрия компьютерно-томографическая	
A06.30.010	Компьютерная томография надпочечников	