



**TASHKENT
INTERNATIONAL
CLINIC**

38 Sarikul street, Tashkent
100105, Uzbekistan
+998 71 291-0142
+998 78 120-1144
www.tashclinic.org
tic@tashclinic.org

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА РЕНТГЕНОВСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БЕРЕМЕННОЙ ИЛИ ПОТЕНЦИАЛЬНО БЕРЕМЕННОЙ ПАЦИЕНТКИ

ПАЦИЕНТ: _____

Дата рождения: _____

Последний менструальный период _____

Во время рентгенологического исследования всем пациенткам детородного возраста будет задан вопрос о том, могут ли они быть беременными во время текущего обследования.

Данная форма информированного согласия применяется только к однократным диагностическим рентгенографическим исследованиям.

В рамках требований, установленных консульским отделом, посольством, работодателем, агентством или любой организацией, куда вы подаете заявление на получение визы, вам потребуется в неотложном порядке пройти рентгенологическое исследование легких.

Вы и ваш будущий ребенок подвергнетесь рентгеновскому облучению. Во время беременности существует небольшой риск облучения неродившегося ребенка, особенно в первом триместре. Возникновение исхода зависит от срока беременности на момент радиационного облучения и дозы радиации, поглощенной плодом.

Беременным женщинам, проходящим рентген грудной клетки, будет обеспечена защита органов брюшной полости и таза с помощью двух свинцовых экранов, которые полностью охватывают брюшную полость и таз.

Любые вопросы, которые у вас есть относительно этого обследования, следует направлять радиологу или врачу.

Я, _____, подтверждаю, что мне была предоставлена возможность задать вопросы, обсудить и получить ответы от радиолога или врача, я прочитал/а и полностью понял/а вышеизложенное и, настоящим, даю свое согласие на проведение рентгенологического исследования.

Подпись пациента/опекуна: _____ Дата: _____