

## Информированное добровольное согласие на проведение нагрузочного теста

Я, пациент (ФИО) \_\_\_\_\_, карта пациента № \_\_\_\_\_,

Заполняется законными представителями несовершеннолетних в возрасте до 15 лет,  
несовершеннолетних больных наркоманией в возрасте до 16 лет

Я, нижеподписавшийся (аяся) \_\_\_\_\_  
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного  
недееспособным \_\_\_\_\_ года рождения (далее - пациент)

в рамках договора об оказании платных медицинских услуг желаю получить платные медицинские услуги  
в Обществе с ограниченной ответственностью «Европейский медицинский центр «УГМК-Здоровье» (далее –  
«Медицинский центр») при этом мне разъяснена и мною осознана следующая информация:

1. Врачом Медицинского центра разъяснено мне, что нагрузочный тест позволит оценить реакцию моей  
сердечно-сосудистой системы на физическую нагрузку. Информация, полученная в ходе тестирования,  
позволит моему лечащему врачу получить более полное представление о проблемах, связанных с моим  
сердцем, и оценить объем нагрузок, которые я могу переносить без ущерба для здоровья.

2. Мне разъяснено, что исследование будет проводиться на тредмиле с постепенно возрастающей  
нагрузкой, что в момент проведения исследования за мной будет наблюдать специалист Медицинского центра  
вплоть до появления симптомов, требующих прекращения теста и при необходимости мне будет оказана  
требуемая медицинская помощь.

3. Мне разъяснено, что симптомами являющимися показанием для прекращения нагрузочного теста могут  
быть усталость, одышка, дискомфорт в грудной клетке. Мне разъяснено и я осознаю, что во время нагрузки у  
меня может чрезмерно повыситься или снизиться артериальное давление, может появиться резкая слабость,  
изменения электрокардиограммы, нарушение сердечного ритма.

4. Мне разъяснено и я осознаю, что риск процедуры минимален и очень редко (менее чем в одном случае  
на 10 000 исследований) в ходе проведения теста возможен летальный исход. Я понимаю, что невозможно  
оговорить каждое осложнение, которое может возникнуть, поэтому те возможные осложнения, которые  
разъяснены мне врачом Медицинского центра, не представляют собой полный и исчерпывающий перечень.

5. Мне разъяснено, что я могу в любое время потребовать прекращения проведения теста.

6. Я добровольно даю согласие на проведение нагрузочного исследования в целях диагностики и  
улучшения моего здоровья, что и удостоверяю своей подписью.

Решение о проведении мне нагрузочного исследования является моим собственным и было принято без  
принуждения или навязывания чье-либо воли.

**Содержание настоящего документа мною прочитано, мне разъяснено и полностью понятно.**

**Дополнительных разъяснений не требуется, что удостоверяю своей подписью.**

Пациент \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество) (подпись) (дата)

Законный представитель Пациента \_\_\_\_\_

Врач: \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество) (подпись)

**Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со ст.ст. 13, 20 ФЗ «Об  
основах охраны граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ от 21.11.2013 г.**