mira
СТОМАТОЛОГИЯ

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Я, нижеподписавшийся(аяся), _____
(фамилия, имя, отчество Пациента/ законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на предложенное мне/лицу, законным представителем которого я являюсь, медицинское (-ие) вмешательство (-а), а именно: **проведение рентгенологического обследования.**

Я информирован(-а) лечащим врачом о необходимости проведения мне рентгенологического обследования:

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна следующая информация о сути данного обследования:

1. Назначение пациенту обязательного и дополнительного медицинского рентгенологического обследования зубочелюстной системы осуществляет врач-стоматолог по клиническим показаниям.
2. Для проведения качественного лечения различных заболеваний и повреждений зубочелюстной системы необходимо выполнение плана рентгенологического обследования:
- обязательное выполнение ортопантомограммы (панорамной зонограммы зубочелюстной системы) до проведения стоматологического лечения. На основании ортопантомограммы стоматолог оценивает общее состояние зубочелюстной системы пациента, а также состояние височно-нижечелюстных суставов и верхнечелюстных пазух;
- по клиническим показаниям в процессе стоматологического лечения дополнительно по необходимости (по назначению стоматолога) выполняются прицельные рентгенограммы зубов и периапикальных тканей;
- по клиническим показаниям может потребоваться компьютерная томография.
3. Право на принятие решения о проведении рентгенологического обследования имеет пациент или его законный представитель. Пациент может отказаться от рентгенологического обследования.
4. При отказе от проведения необходимых рентгенологических обследований (особенно, ортопантомограммы), врач-стоматолог не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения.
5. При получении рентгенограммы неудовлетворительного качества необходимо повторное выполнение рентгеновского снимка (в случаях: движения пациента во время процедуры, большая мышечная масса и плотность тканей лица и т.д.).
6. Противопоказаниями для рентгенологического обследования являются:
- беременность на протяжении всего срока (при этом рентгенологические обследования выполняются только по жизненным показаниям);
- отягощенный анамнез (пребывание в зонах радиоактивных катастроф; проведение пациенту курса лучевой терапии по поводу сопутствующих заболеваний, менее чем за шесть месяцев до настоящего времени;
- выполнение других рентгенологических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой; работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений).
7. Назначение рентгенологических исследований детям до 15 лет осуществляется только по строгим клиническим показаниям, с согласия родителей, что связано с лучевой нагрузкой.

Я обязуюсь известить лечащего врача, а также врача-рентгенолога или рентгенолаборанта о наличии вышеперечисленных противопоказаний (п. 6. и 7.) до проведения рентгенологического обследования.

Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о гарантиях рентгенологического обследования.

Рентгенодиагностика осуществляется с применением исправной, сертифицированной аппаратуры (ортопантомограф, дентальный компьютерный томограф, радиовизиограф), которая дает минимальную, практически безопасную дозу облучения и снижает до минимума риск возможных последствий.

Персонал будет соблюдать контроль и меры радиационной безопасности с предоставлением мне индивидуальных средств защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологических обследований (Лист вклеивается в медицинскую карту).

Мне были объяснены возможные исходы и альтернативы предложенного рентгенологического обследования.

Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма. Я также понимаю, что эффект лечения во многом зависит от позитивного поведения самого пациента (психо-эмоционального состояния), добросовестного выполнения им всех рекомендаций лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни.

Я достоверно передал информацию о состоянии моего здоровья, а также понимаю необходимость выполнений всех полученных от врача и персонала рекомендаций, касающихся соблюдения гигиены полости рта, необходимости коррекции характера и режима питания, проведения консервативного лечения, в котором он будет нуждаться и визитов в указанные сроки.

Я подтверждаю, что я не состою (состою) на учете у узких специалистов по заболеваниям, которые могут повлиять на процесс и результат лечения стоматологической патологии.

Я удостоверяю, что текст данного информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение каждого пункта данного документа. Мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы. Полученные разъяснения (ответы) понятны и удовлетворяют меня. Рекомендации, памятка мною получены.

Настоящий документ является приложением к Договору возмездного оказания медицинских услуг № _____ от «____» _____ 20___ года, неотъемлемой частью моей медицинской карты.

Я подтверждаю согласие на проведение мне рентгенологического обследования.

С рекомендациями, планом лечения, режимом лечения ознакомлен, обязуюсь их выполнять.

Пациент (законный представитель): _____/ ✓ _____ /
(ФИО) *(подпись)*

Приложение № 4 к СанПиН
2.6.1.1192-03

ЛИСТ УЧЕТА ДОЗОВЫХ НАГРУЗОК

№ п/п	Дата	Вид исследования, количество и вид процедур	Эффективная доза за исследование, мЗв	Примечание
1	2	3	4	5