

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА В ООО МЦ «УЛЬТРАДЕНТ»

г. Владивосток

от «__» _____ 20__ г.

Я, нижеподписавшийся(ая) _____ даю информированное добровольное согласие на предложенное мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть) медицинское вмешательство: **проведение рентгенологического обследования.**

Настоящим подтверждаю, что в соответствии со ст.20 Закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ « Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с моей волей, я проинформирован(а) о предстоящем обследовании и согласен(согласна) с названными мне условиями его проведения, а именно о нижеследующем:

1. Мне в доступной для меня форме даны разъяснения о целях, методах рентгенологического обследования, связанном с ним риском, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах обследования.
2. Назначение обязательного и дополнительного медицинского рентгенологического обследования зубочелюстной системы осуществляет врач-стоматолог по клиническим показаниям.

Для проведения качественного лечения различных заболеваний и повреждений зубочелюстной системы необходимо выполнение плана рентгенологического обследования:

-обязательно выполнение ортопантограммы (панорамной зонограммы зубочелюстной системы) или компьютерной томограммы до проведения стоматологического лечения, На основании данных исследований врач-стоматолог оценивает общее состояние зубочелюстной системы пациента, а также состояние височно-нижнечелюстных суставов и верхнечелюстных пазух, выбор вида исследования определяет врач-стоматолог исходя из планируемого вида лечения и индивидуальных особенностях пациента.

-по клиническим показаниям в процессе стоматологического лечения дополнительно при необходимости (по назначению врача-стоматолога) выполняются прицельные рентгенограммы зубов и периапикальных тканей .

3. Право на принятие решения о проведении рентгенологического обследования имеет пациент или его законный представитель. Пациент (законный представитель) может отказаться от рентгенологического обследования.
4. При отказе от проведения рентгенологических обследований (особенно ортопантограммы) врач-стоматолог не сможет провести качественное лечение и исключить осложнения после лечения.
5. При получении рентгенограммы неудовлетворительного качества необходимо повторное выполнение рентгеновского снимка (в случае движения пациента во время процедуры, большая мышечная масса и плотность тканей лица, не сработал должным образом аппарат и т.д.)
6. Противопоказаниями для рентгенологического обследования являются:

Беременность на протяжении всего срока (в этом случае рентгенологическое обследование выполняется только по строгим клиническим 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 источниками ионизирующих излучений.

7. Назначение рентгенологических исследований детям до 14 лет осуществляется только по клиническим показаниям, с согласия законных представителей.

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

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

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

- будут получены качественные рентгеновские снимки.

- персонал будет соблюдать контроль и меры радиационной безопасности с представлением мне индивидуальных средств защиты. Доза моего облучения будет зарегистрирована в листе учета дозовых нагрузок в моей медицинской карте.

- в обязательном порядке мне будет сообщена информация о полученной дозе облучения и мерах, которые необходимо соблюдать, чтобы исключить отрицательные последствия во время и после рентгенологического обследования.

10. Мне были объяснены возможные исходы и альтернативы предложенного рентгенологического обследования.

11. Против записи рентгенологических снимков, полученных при рентгенологическом исследовании на информационные носители и демонстрации лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских целях с учетом сохранения врачебной тайны не возражаю.

Мною были заданы персоналу все интересующие меня вопросы о сути и условиях обследования и получены ответы, разъяснения.

Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия на рентгеновское обследование мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Я принимаю решение осуществить рентгенологическое обследование на предложенных мне условиях.

Ф.И.О. пациента _____