

## ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Настоящее Добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20 Федерального закона РФ № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об Основах охраны здоровья граждан Российской Федерации».

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

1. Я, \_\_\_\_\_, соглашаюсь с тем, что рентгенологическое обследование зубочелюстной системы будет проводить врач-рентгенолог, рентгенлаборант \_\_\_\_\_.

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, (ФИО) \_\_\_\_\_, являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка (ФИО, дата рождения) \_\_\_\_\_

или лица, признанного недееспособным (ФИО, дата рождения): \_\_\_\_\_

2. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна следующая информация о сути данного обследования:
- 2.1. Назначение пациенту обязательного и дополнительного медицинского рентгенологического обследования зубочелюстной системы осуществляет врач-стоматолог по клиническим показаниям.
  - 2.2. Для проведения качественного лечения различных заболеваний и повреждений зубочелюстной системы необходимо выполнение плана рентгенологического обследования:
    - 2.2.1. обязательное выполнение **панорамной томограммы** до проведения стоматологического лечения. На основании панорамной томограммы врач-стоматолог оценивает общее состояние зубочелюстной системы пациента, а также состояние височно-нижнечелюстных суставов и верхнечелюстных пазух;
    - 2.2.2. по клиническим показаниям в процессе стоматологического лечения дополнительно по необходимости (по назначению стоматолога) выполняются **прицельные внутривисочные рентгенограммы зубов, конусно-лучевая компьютерная томограмма зубных рядов, синусов, височно-нижнечелюстного сустава, телерентгенограмма** (выполняется в стоматологической клинике).
  - 2.3. Право на принятие решения о проведении рентгенологического обследования имеет пациент или его законный представитель. Пациент может отказаться от рентгенологического обследования.
  - 2.4. При отказе от проведения необходимых рентгенологических обследований (особенно, панорамной томограммы), врач-стоматолог не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения.
  - 2.5. При получении рентгенограммы неудовлетворительного качества необходимо повторное выполнение рентгеновского снимка (в случаях движения пациента во время процедуры, наличия большой мышечной массы и плотности тканей лица, не сработавшего должным образом аппарата и т.д.).
  - 2.6. Противопоказаниями для рентгенологического обследования являются:
    - 2.6.1. беременность на протяжении всего срока (при этом рентгенологические обследования выполняются только по жизненным показаниям);
    - 2.6.2. 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).
  - 2.7. Назначение рентгенологических исследований детям до 14 лет осуществляется только по строгим клиническим показаниям, а также с согласия и в присутствии родителей.
3. Я обязуюсь известить лечащего врача, а также врача-рентгенолога, рентгенлаборанта о наличии вышеперечисленных противопоказаний (п.п. 2.6. и 2.7.) до проведения рентгенологического обследования.

- 4. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях рентгенологического обследования:**
- 4.1. Рентгенодиагностика осуществляется с применением исправной, лицензированной аппаратуры (радиовизиограф, компьютерный томограф), которая дает минимальную, практически безопасную дозу облучения и снижает до минимума риск возможных последствий.
- 4.2. 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 (в амбулаторной карте).
- 4.3. В обязательном порядке мне будет сообщена информация о полученной дозе облучения и мерах, которые необходимо соблюдать, чтобы исключить отрицательные последствия во время и после рентгеновского обследования.
- 5. Мне были объяснены возможные исходы и альтернативы предложенного рентгенологического обследования.**

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

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента, и **принимаю решение осуществить рентгенологическое обследование на предложенных мне условиях.**

**Подпись законного представителя несовершеннолетнего пациента, не достигшего 15 лет:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Мать, отец, опекун – нужное подчеркнуть) (Ф.И.О. полностью)

**Подпись пациента:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

**Подпись врача/гигиениста стоматологического:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(дата подписи)

Для повторных обращений:

№ п.п.		Дата	Диагноз	Ф.И.О. врача, подпись	Ф.И.О. пациента, подпись
1	Я подтверждаю свое согласие и принимаю решение приступить к обследованию/лечению	“ ___ ” _____ 20__			
2	Я подтверждаю свое согласие и принимаю решение приступить к обследованию/лечению	“ ___ ” _____ 20__			
3	Я подтверждаю свое согласие и принимаю решение приступить к обследованию/лечению	“ ___ ” _____ 20__			
4	Я подтверждаю свое согласие и принимаю решение приступить к обследованию/лечению	“ ___ ” _____ 20__			
5	Я подтверждаю свое согласие и принимаю решение приступить к обследованию/лечению	“ ___ ” _____ 20__			