

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ.

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст. 32 Федерального Закона №323-ФЗ «Об охране здоровья граждан» сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения.

Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начать медицинское вмешательство.

Я, пациент _____
« ____ » _____ г. рождения, проживающий по адресу _____ проинформирован(а)
Лечащим врачом: _____

(фамилия, имя, отчество лечащего врача)

о сути планируемых лечебных и диагностических манипуляций в соответствии с рекомендованным планом лечения и даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского рентгенологического обследования **мне / лицу, законным представителем которого я являюсь** (ненужное зачеркнуть).

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

1.1. Назначение пациенту обязательного и дополнительного медицинского рентгенологического обследования зубочелюстной системы осуществляет врач-стоматолог по клиническим показаниям.

1.2. Для проведения качественного лечения различных заболеваний и повреждений зубочелюстной системы необходимо выполнение плана рентгенологического обследования: **рентгенограммы зубов и периапикальных тканей (цифровая)** позволяет врачу увидеть состояние каждого зуба и его корней, а также контролировать качество своей работы при лечении каналов Лучевая нагрузка при этом составляет 2-5 мкЗв, что в 20 раз меньше, чем при плёночной рентгенографии (доза облучения, полученная во время снимка сопоставима с дозой, получаемой при просмотре телевизора в течение часа).

1.3. Врач-стоматолог не сможет провести качественное лечение и исключить осложнение в случае отказа от проведения рентгенологического обследования.

1.4. При получении рентгенограммы неудовлетворительного качества необходимо повторное выполнение рентгеновского снимка (в случаях: движения пациента во время процедуры, большая мышечная масса и плотность тканей лица, не сработал должным образом аппарат и т.д.)

1.5. Противопоказаниями для рентгенологического обследования являются:

- Беременность на протяжении всего срока (при этом рентгенологическое обследование выполняется только по жизненным показаниям);
- Отягощённый 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. Я **обязуюсь** известить лечащего врача о наличии вышеперечисленных противопоказаний (п.1.5.) до проведения

рентгенологического обследования.

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

- 3.1. Рентгенодиагностика осуществляется с применением исправной, лицензированной цифровой аппаратуры, которая даёт минимальную дозу (практически безопасную) облучения и снижает до минимума риск возможных последствий.
- 3.2. Будут получены качественные рентгеновские снимки.
- 3.3. Персонал будет соблюдать контроль и меры радиационной безопасности с представлением мне индивидуальных средств защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в Листе учёта дозовых нагрузок при проведении рентгенологических обследований (Лист вклеивается в медицинскую карту).
- 3.4. 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.

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

5. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

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

Не возражаю, чтобы данные моей рентгенограммы, фотографии использовались для научной работы, учебного процесса, размещения на сайте и в социальных группах ООО «Альденге» и в других целях **не запрещенных законодательством Российской Федерации.**

Вариант 1.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Мое решение является **свободным и добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение **рентгенологического обследования** на предложенных условиях.

_____ (подпись законного представителя) « ____ » _____ 20__ г.

Врач _____ (_____) « ____ » _____ 20__ г.

Вариант 2.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Я отказываюсь от медицинского вмешательства.

_____ (подпись законного представителя) « ____ » _____ 20__ г.

Врач _____ (_____) « ____ » _____ 20__ г.