

Информированное добровольное согласие на проведение медицинского рентгенологического обследования

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 в рентгенодиагностическом кабинете будет проводить рентгенолаборант _____

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:

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

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, ортопантограммы), 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, большая мышечная масса и плотность тканей лица, не сработал должным образом аппарат и т.д.).

2.6. 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).

2.7. Назначение рентгенологических исследований детям до 14 лет осуществляется только по строгим клиническим показаниям, с согласия и в присутствии родителей.

3. Я обязуюсь известить лечащего врача, а также врача-рентгенолога или рентгенолаборанта о наличии вышеперечисленных противопоказаний (пп. 2.6. и 2.7.) до проведения рентгенологического обследования.

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

4.1. Рентгенодиагностика осуществляется с применением исправной, сертифицированной аппаратуры, которая дает минимальную, практически безопасную дозу облучения и снижает до минимума риск возможных последствий.

4.2. Будут получены качественные рентгеновские снимки.

4.3. 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).

4.4. 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.

5. Мне были объяснены возможные исходы и альтернативы рентгенологического обследования.

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

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я принимаю решение осуществить рентгенологическое обследование на предложенных мне условиях.

Подпись пациента _____

Дата _____