

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство
«Рентгенологическое обследование»**

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", 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) начала медицинского вмешательства.

Я, _____,
(Ф.И.О. пациента либо законного представителя пациента – полностью, год рождения)

Паспорт: серия _____ номер _____ выдан _____
являюсь законным представителем _____
ФИО несовершеннолетнего пациента _____
_____, дата рождения Пациента: _____

добровольно обращаюсь за медицинской помощью в стоматологическую клинику, предоставляю полностью имеющуюся на сегодняшний день информацию о состоянии моего здоровья и соглашаюсь на проведение осмотра полости рта, всех необходимых диагностических исследований и мероприятий, включая рентгенологические, для получения максимально полной картины состояния полости рта и назначения предварительного плана лечения и для возможности врача согласовать этот план со мной.

Я подтверждаю, что предложенная мне анкета о перенесённых заболеваниях, включая хронические и инфекционные, аллергиях и непереносимости препаратов, общем состоянии моего здоровья, заполнена мной лично. Я признаю свою ответственность за умышленное сокрытие или искажение сведений о моём здоровье.

Я в доступной и понятной мне форме информирован/а/ врачом о результатах предварительного осмотра, получил/а/ сведения о результатах диагностического исследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, обоснование необходимости лечения, методах лечения, связанных с вмешательством рисках.

Я осведомлен/а/, что в процессе медицинского вмешательства может возникнуть необходимость изменения назначенного первоначального обследования и лечения из-за возникшей клинической необходимости, а также необходимость назначения дополнительных исследований и процедур, которые мне будет необходимо пройти в процессе лечения.

Все указанные изменения и дополнения будут назначаться мне заблаговременно и разъясняться.

Содержание и результаты медицинской услуги, возможные опасности и осложнения, а также возможности альтернативных методов диагностики мне полностью объяснены Врачом, и я их полностью понял(а).

Особенно важными и полностью ясными для меня являются следующие положения:

Рентгенография (рентген) – неинвазивное исследование внутренних структур организма с помощью рентгеновских лучей. При прохождении излучения сквозь тело формируется изображение, проецирующееся на светопрозрачную пленку или цифровой датчик.

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

Для проведения качественной диагностики и лечения различных заболеваний, аномалий и повреждений зубочелюстной системы необходимо выполнение плана рентгенологического обследования: по клиническим показаниям в процессе стоматологического лечения, по необходимости (по назначению стоматолога), выполняется цифровая рентгенография зубов на компьютерном томографе, радиовизиографе или пленочном рентгенографе зубов на дентальном рентгеновском аппарате (в зависимости от технических возможностей клиники).

При отказе от проведения необходимых рентгенологических обследований, врач не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения.

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

Относительными 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).

Я обязуюсь известить лечащего врача, а также рентгенолаборанта о наличии вышеперечисленных противопоказаний до проведения рентгенологического обследования.

Рентгенодиагностика осуществляется с применением исправной, сертифицированной рентгенодиагностической стоматологической аппаратуры, 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.

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.

Я проинформирован(а) о том, что однократно средняя доза облучения, полученная мною при рентгенодиагностике составит:

1. Интраоральная рентгенодиагностика – 0,001 – 0,004 мЗв (миллизиверт) на один снимок.
2. Панорамная рентгенодиагностика 0,08 – 0,1 мЗв (миллизиверт) на один снимок.

Зиверт – это единица измерения воздействия ионизирующего излучения.

В течение года из внешней среды человек получает облучение (естественный фон) примерно в 3,0 мЗв. Следовательно, риск превышения лучевой нагрузки при соблюдении методик и правил рентгенодиагностики при стоматологическом лечении сведен к минимуму.

Мне были объяснены возможные исходы и альтернативы предложенного 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 договора.

Я знаю, что имею право отказаться от предложенного лечения на любом этапе его осуществления. В то же время, мне разъяснены все возможные последствия этого шага при имеющемся заболевании и его возможном прогрессировании при незавершённом лечении. В этом случае я не буду иметь никаких претензий к стоматологической клинике.

Я понимаю, что в процессе оказания мне услуг возможны нештатные ситуации разного рода, предвидеть которые в момент оформления данного документа невозможно, и признаю право лечебного учреждения выходить из этих ситуаций по своему усмотрению, даже если это связано с неудобствами для меня, но не повредит при этом моему здоровью.

Я понимаю, что реакция каждого организма, и моего тоже, на медицинское вмешательство непредсказуема и индивидуальна, и различные осложнения возможны. Я ознакомлен/а/ с тем, какие могут возникнуть осложнения.

Я доверяю лечащему врачу и помогающему ему медицинскому персоналу принимать решения, основанные на их профессиональных знаниях, опыте и практических навыках, а также обязуюсь выполнить любые медицинские действия, которые они сочтут необходимыми для улучшения моего состояния.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение данного документа. Я имел/а/ возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу. **Я даю согласие на медицинское вмешательство на предложенных условиях.**

Согласие на медицинское вмешательство (лечение) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

« _____ » _____ 20 _____ г.

Беседу провел врач _____ / _____ (подпись, Ф.И.О.)

Пациент согласился на медицинское вмешательство _____ (подпись)

Пациент отказался от медицинского вмешательства _____ (подпись)