



Добровольное информированное согласие на проведение медицинского рентгенологического исследования в ООО «НИКОР-»

Я, _____, дата рождения _____,

зарегистрирован(а) по адресу: _____

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

Я, _____ (ФИО), паспорт _____,
Выдан: _____,
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным _____.
(ФИО ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

в соответствии со ст. 19-23 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю **добровольное** информированное согласие на предложенное мне либо лицу, законным представителем которого я являюсь, рентгенологическое исследование: **ТРГ, КЛКТ, ОПТГ, прицельный снимок (нужное подчеркнуть)**.

Настоящее согласие дано ООО «Никор-»., (далее - Клиника), настоящим подтверждаю, что в доступной мне форме я проинформирован(а) о необходимости, характере и возможных осложнениях такого медицинского вмешательства как рентгенологическое исследование с тем, чтобы я мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на его проведение.

Я информирован(а) об альтернативных методах исследования; отсутствие исследования как такового.

Я проинформирован(а) врачом, что данная медицинская услуга может быть оказана по программе обязательного медицинского страхования в иных медицинских организациях, в объеме и на условиях территориальной базовой программы государственных гарантий ОМС.

Мне разъяснили, что целью данного рентгенологического исследования является помощь в постановке правильного и полного диагноза, а также контроль за качеством проводимого лечения, осуществляющего по клиническим показаниям врача-стоматолога, и других специалистов).

Показания и цель рентгенологического исследования: Диагностика различных заболеваний зубочелюстной системы, ЛОР патологий: определение наличия и локализации деструктивных процессов, анализ строения зубов. Контроль результатов лечения в отдаленные сроки. Планирование дентальной имплантации. Диагностика аномалий развития зубочелюстной системы. Диагностика одонтогенных и риногенных воспалительных заболеваний и новообразований всех придаточных пазух носа, внутреннего и среднего уха, шейных позвонков.

Рентгенодиагностика зубочелюстной системы, головы и шеи проводится с целью предварительной диагностики и последующего контроля хода лечения, консультаций, врачебных назначений в клинике, в том числе, в целях избегания дефектов пломбирования корневых каналов зуба при эндодонтическом лечении, определения рабочей длины корневых каналов зуба, установления наличия кариеса, глубины кариозного дефекта, в том числе на апроксимальных (межзубных) и поддесневых поверхностях, вторичного кариеса под пломбами и коронками и предотвращения его развития, оценки состояния костной ткани, в профилактических целях.

Методы лучевой диагностики: 1. Интраоральная рентгенография зуба (ИРЗ) - цифровой двухмерный снимок одного или нескольких рядом стоящих зубов. 2. Ортопантомография (ОПТГ) - обзорный двухмерный снимок всей зубочелюстной системы. 3. Телерентгенография (ТРГ) - двухмерный снимок черепа в боковой и прямой проекции. 4. Зонोगрафия височно-нижнечелюстных суставов (ВНЧС) - двухмерный снимок суставов при открытом и закрытом рте. 5. Конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ) - трехмерный послойный снимок с детальной визуализацией анатомических структур в трех плоскостях и на разных срезах.

Возможные нежелательные явления: при возникновении снимка неудовлетворительного качества (нечеткости полученного изображения), связанного с трудностью позиционирования, движением Пациента во время проведения исследования и/или при наличии большой мышечной массы Пациента и плотности тканей лица Пациента, потребуется проведение повторного обследования.

Лучевая нагрузка при рентгенологическом исследовании: Эффективная эквивалентная доза за одно исследование - согласно листу учета дозовых нагрузок (в зависимости от метода лучевой диагностики, от выбранной экспозиции и размеров Пациента). В среднем, лучевая нагрузка составляет 0,002-0,001 мкЗв (ИРЗ), 0,008-0,026 мкЗв (ОПТГ, ТРГ, Зонोगрафия ВНЧС) и 0,019-0,040 мкЗв (КЛКТ). По данным СанПиН 2.6.1.1192-03 максимально допустимая эффективная эквивалентная доза в год для населения не должна превышать **1 мЗв (1 000 мкЗв)**, верхний порог лучевой нагрузки при диагностических исследованиях, в том числе и для детей, не установлен. Зиверт - это единица измерения воздействия ионизирующего излучения.

1. Мне сообщена, разъяснена и понятна следующая информация о сути данного исследования:

1.1. Назначение Пациенту обязательного и дополнительного медицинского рентгенологического исследования зубочелюстной системы и челюстно-лицевой области осуществляет врач по клиническим показаниям.

1.2. Назначение медицинского рентгенологического исследования детям, не достигшим 15-летнего возраста, осуществляется при наличии абсолютных клинических показаний, наличие которых определяется врачом, с согласия законного представителя и в его присутствии.

1.3. При отсутствии обоснования направления Пациента на рентгенологическое исследование (отсутствие первичного диагноза, номера зуба, исследуемого сегмента, зоны исследования, размера исследования и др.) рентгенолог вправе отказать Пациенту или его законному представителю в проведении рентгенологического исследования.

1.4. Рентгенологическое исследование зубочелюстной системы в рентгенологическом кабинете будет проводить специально обученный рентгенлаборант.

1.5. Альтернативным и наиболее информативным методом лучевой диагностики является конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ).

1.7. При отказе от проведения необходимого рентгенологического исследования врач не сможет получить точную и достоверную информацию о состоянии моего здоровья (здоровья моего ребенка), провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения.

2. Противопоказаниями к проведению медицинского рентгенологического обследования являются:

3. Я обязуюсь известить лечащего врача, а также врача-рентгенолога или рентгенолаборанта о наличии вышеперечисленных противопоказаний, предусмотренных пунктом 2 настоящего информированного добровольного согласия до проведения рентгенологического исследования.

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

4.3. Персонал будет соблюдать контроль и меры радиационной безопасности с предоставлением мне индивидуальных средств защиты. Доза моего облучения во время исследования будет мне сообщена и зафиксирована в моем Информационном листе (лист вклеивается в медицинскую карту).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья / лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть),

_____ Подпись _____.

(ФИО гражданина или законного представителя гражданина)

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к рентгенологическому исследованию. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты, договора на оказание платных медицинских услуг, и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления. У меня была и остаётся возможность либо отказаться от процедуры, либо дать свое согласие. Настоящее Приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

[illegible]