

Информированное согласие на выполнение рентгенологического исследования

Настоящее добровольное согласие составлено во исполнение требований Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" с целью обеспечить пациентов необходимой, доступной и достоверной информацией об услугах, оказываемых стоматологической клиникой.

Я, _____

Ф.И.О. Пациента

подтверждаю, что врач -стоматолог _____ провел (а) со мной беседу, в ходе которой в доступной мне форме информировал меня о:

1. Названиях и сути возможных видов рентгенологического исследования: Ортопантомография (панорамная томография). Внутриротовая (интраоральная) периапикальная рентгенография. Внутриротовая (интраоральная) интерпроксимальная рентгенография. Телерентгенография лицевого черепа в боковой проекции. Зонография височно-нижнечелюстных суставов. Поперечная панорамная томография (поперечные срезы). Рентгенография верхнечелюстных (гайморовых) пазух. Компьютерная томография челюстно-лицевой области (КТ).

2. Показаниях и целях рентгенологического исследования: Диагностика различных заболеваний зубочелюстной системы: выявление кариеса контактных поверхностей коронок и пришеечных отделов зубов, выявление кариеса пришеечных и жевательных поверхностей коронок под пломбами, определение локализации деструктивных процессов, анализ характера изгиба корней зубов. В процессе лечения - контроль расположения эндодонтического инструмента в корневых каналах и контроль качества пломбирования корневых каналов. Контроль результатов лечения в отдаленные сроки (6-12 месяцев). При поперечной панорамной томографии - точное измерение ширины и длины челюстных костей в конкретной области при планировании имплантации. При зонографии височно-нижнечелюстных суставов - диагностика различных заболеваний и дисфункции височно-нижнечелюстных суставов при закрытом и открытом рте.

3. Длительности рентгенологического исследования: В зависимости от объема и вида исследования от 5 до 25 мин.

4. Последовательности действий в ходе рентгенологического исследования: При КТ, ортопантомографии, поперечной панорамной томографии, телерентгенографии и зонографии височно-нижнечелюстных суставов: необходимо снять украшения и съемные зубные конструкции, если таковые имеются, надеть защитный фартук из просвинцованной резины, установить правильное положение Пациента и зафиксировать его голову (Пациенту потребуется не двигаться, не глотать и прижать язык максимально плотно к верхнему нёбу), провести обследование, снять защитный фартук.

5. Лучевой нагрузка при рентгенологическом исследовании: Эффективная эквивалентная доза за одно исследование при производстве ортопантограммы, телерентгенограммы, поперечной панорамной томограммы или зонограммы височно-нижнечелюстных суставов, КТ - 18 мкЗв.

Максимальная эффективная эквивалентная доза в год – 1 мЗв
в среднем за любые последовательные 5 лет, но не более 5 мЗв.

Я, обсудил (а) с врачом и полностью уяснил (а) для себя все особенности планирующегося мне рентгенологического исследования. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. На все заданные вопросы я получил(а) понятные мне, исчерпывающие ответы. Я внимательно ознакомился (лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения мне понятны и полностью меня удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа.

Будучи информированным (ой) и предупрежденным (ой) обо всем вышеизложенном, **я полностью осознаю**, что предлагаемое обследование необходимо с целью диагностики. В связи с этим, на основании сообщенной мне информации, я осознанно и добровольно **ДАЮ СОГЛАСИЕ на выполнение рентгенологического исследования.**

Также по своему желанию сообщаю сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с п.5 ч.5 ст.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 в случае необходимости.

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

_____ Г

Пациент _____ / _____ /

Врач стоматолог _____ / _____ /