

Информированное добровольное согласие на проведение рентгенологического обследования.

Основание – Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, _____ (Ф.И.О. полностью), соглашаюсь на проведение рентгенологического обследования зубочелюстной системы.

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

- Назначение пациенту рентгенологического обследования осуществляет врач-стоматолог по клиническим показаниям.
- Рентгенологическое обследование зубочелюстной системы может проводиться до лечения (для проведения качественной диагностики), во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров.
- Право на принятие решения о проведении рентгенологического обследования имеет пациент или его законный представитель. Пациент может отказаться от рентгенологического обследования.
- При отказе от проведения необходимых рентгенологических обследований врач-стоматолог не сможет провести качественную диагностику, качественное лечение и исключить осложнения после лечения.
- При получении радиовизиографического снимка неудовлетворительного качества (в случаях движения пациента во время процедуры, большой мышечной массы и плотности тканей лица, если не сработал должным образом аппарат и т. д.) необходимо повторное выполнение снимка.
- 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 6 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 врача-рентгенолога о наличии вышеперечисленных противопоказаний до проведения рентгенологического обследования.

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

- Рентгенодиагностика осуществляется с применением исправной, сертифицированной аппаратуры (дентальный рентгенаппарат Evolution X3000 2C/1), которая дает безопасную дозу облучения и снижает до минимума риск возможных последствий.
- Будут получены качественные радиовизиографические снимки.
- 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.

Мне будет сообщена информация о полученной дозе облучения и мерах, которые необходимо соблюдать, чтобы исключить отрицательные последствия во время и после рентгенологического обследования.

Мною были заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях обследования и получены исчерпывающие ответы, разъяснения. Мне понятно значение всех слов и медицинских терминов, имеющих в настоящем документе.

Я даю свое согласие на использование рентгеновских снимков в научных и учебных целях, для публикации в научной литературе, без указания моего имени и фамилии.

Я принимаю решение осуществить рентгенологическое обследование на предложенных мне условиях.

(подпись пациента)

(Ф.И.О. пациента полностью)

(подпись врача)

(Ф.И.О. врача полностью)

_____ 20__ г.
(дата)