## Наша стоматологическая клиника «ООО ПрезиДЕНТ» строго руководствуется:

* *ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».*
* *Современными нормами медицинской этики, действующими в передовых странах мира.*

*Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.*

## 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 (*ненужное вычеркнуть)* врач-рентгенолог или рентгенолаборант **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна следующая информация о сути данного обследования:
   1. Назначение пациенту обязательного и дополнительного медицинского рентгенологического обследования зубочелюстной системы осуществляет врач-стоматолог по клиническим показаниям.
   2. Для проведения качественного лечения различных заболеваний и повреждений зубочелюстной системы необходимо выполнение плана рентгенологического обследования:

* обязательное выполнение **ортопантомограммы** (панорамной зонограммы зубочелюстной системы) до проведения стоматологического лечения. На основании ортопантомограммы стоматолог оценивает общее состояние зубочелюстной системы пациента, а также состояние височно-нижечелюстных суставов и верхнечелюстных пазух;
* по клиническим показаниям в процессе стоматологического лечения дополнительно, по необходимости (по назначению стоматолога), выполняются **прицельные рентгенограммы зубов и периапикальных тканей.** (Пленочную рентгенографию зубов осуществляет врач-рентгенолог или рентгенолаборант в рентгенодиагностическом кабинете; цифровая рентгенография зубов на радиовизиографе выполняется в стоматологической клинике).
  1. Право на принятие решения о проведении рентгенологического обследования имеет пациент или его законный представитель. Пациент может отказаться от рентгенологического обследования.
  2. При отказе от проведения необходимых рентгенологических обследований (особенно, ортопантомограммы), врач-стоматолог не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения.
  3. 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.).
  4. 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).
  1. Назначение рентгенологических исследований детям до 14 лет осуществляется только по строгим клиническим показаниям, с согласия и в присутствии родителей.

1. 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.
2. **Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о гарантиях рентгенологического обследования:**
   1. Рентгенодиагностика осуществляется с применением исправной, сертифицированной аппаратуры (ортопантомограф, дентальный рентгеновский аппарат, радиовизиограф), которая дает минимальную, практически безопасную дозу облучения и снижает до минимума риск возможных последствий.
   2. Будут получены качественные рентгеновские снимки.
   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. 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.
3. 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 медицинской карты пациента.

Я принимаю решение осуществить рентгенологическое обследование на предложенных мне условиях.

Примечание:

Пациент имеет право сам ознакомиться и подписать ИДС в возрасте 15 лет, до этого возраста ИДС подписывают его законные представители.

(Постановление Правительства РФ «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», №1006 от 04.10.2012 г.).

Дата……….. Ф.И.О. врача……………………..подпись врача…………….. подпись пациента……….

Дата……….. Ф.И.О. врача……………………..подпись врача…………….. подпись пациента……….