

**Информированное добровольное согласие пациента  
на медицинское вмешательство  
(рентгенологическое обследование полости рта, 3D-проекция челюстно-лицевой области)**

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество гражданина, законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на предложенное мне или лицу, чьим законным представителем я являюсь (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество, лица, от имени которого, выступает законный представитель)

медицинское вмешательство – **рентгенологическое обследование полости рта, 3D-проекция челюстно-лицевой области.**

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна следующая информация:

Рентгенологическое обследование зубочелюстной системы проводится по клиническим показаниям и назначению лечащего врача.

Целью рентгенологического обследования является правильная постановка диагноза для проведения качественного лечения, а так же контроль процесса и результата лечения.

Я предупрежден(а), что при отказе от проведения необходимых диагностических обследований (рентгенологического исследования) врач-стоматолог не сможет провести гарантированно качественное лечение и исключить неблагоприятные последствия после него.

Я проинформирован (-на), что противопоказаниями для рентгенологического обследования являются:

- беременность на протяжении всего срока (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 о наличии вышеперечисленных противопоказаний, если таковые имеются, до проведения рентгенологического обследования.

Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о процедуре проведения рентгенологического обследования:

- рентгенодиагностика осуществляется с применением исправной, сертифицированной аппаратуры (аппарат рентгеновский стоматологический панорамный с цефалостатом, аппарат рентгеновский стоматологический диагностический с радиовизиографом), которая дает минимальную, практически безопасную дозу облучения и снижает до минимума риск возможных последствий;
- медицинский персонал будет осуществлять контроль и соблюдать меры радиационной безопасности с предоставлением мне индивидуальных средств защиты;
- я проинформирован(а) о лучевой нагрузке (дозе), которую я получу в процессе исследования;
- доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в «Листе учета дозовых нагрузок» при проведении рентгенологических обследований и зафиксирована в медицинской карте;
- мне будет сообщена информация о мерах, которые необходимо соблюдать, чтобы исключить отрицательные последствия во время и после рентгенологического обследования;
- при получении рентгенограммы неудовлетворительного качества (в случаях движения пациента во время процедуры, большой мышечной массы и плотности тканей лица и пр.) может потребоваться повторное выполнение рентгеновского снимка.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы о предстоящем рентгенологическом обследовании зубочелюстной системы: о целях, методах, связанном с ними риске, возможных альтернативных методах обследования, последствиях и получил на них подробные ответы.

Я подтверждаю, что предложенная мне анкета (в том числе о перенесенных заболеваниях и имевших место осложнениях, и аллергических реакциях) заполнена мною лично и содержащаяся в ней информация достоверна.

Я разрешаю использовать результаты рентгеновских исследований в научных целях, использовать эти сведения в учебном процессе, для публикации в научной литературе, для демонстрации работ (лекции, интернет) без указания персональных сведений, а так же при решении спорных вопросов.

Меня устраивает уровень сервиса при получении данной медицинской услуги.

Дополнительных условий мною не выдвигается.

Для женщин: Беременность \_\_\_ ДА \_\_\_ НЕТ, на момент проведения манипуляции

***Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства на предложенных условиях.***

Пациент \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.  
(ФИО пациента, либо законного представителя) (подпись)