Стоматологическая клиника «Семейная стоматология»
626150 г.Тобольск 7 микрорайон, д.46а/1/1а/2а

Информированное согласие на проведение медицинского рентгенологического обследования, с использованием трехмерной дентальной компьютерной томографии зубочелюстной системы

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем обследовании и я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

1. Я,

_____

соглашаюсь с тем, что рентгенологическое обследование зубочелюстной системы будет проводить рентгенолаборант стоматологической клиники ООО «Семейная стоматология» мне или моему несовершеннолетнему ребенку _____№ амб. карты_____

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

2.1. Назначение обязательного и дополнительного медицинского рентгенологического обследования зубочелюстной системы осуществляет врач-стоматолог по клиническим показаниям.

2.2. Для проведения качественного лечения различных заболеваний и повреждений зубочелюстной системы необходимо выполнение плана рентгенологического обследования:

- обязательное выполнение ортопантомограммы до проведения стоматологического лечения. На основании ортопантомограммы стоматолог оценивает общее состояние зубочелюстной системы пациента, а также состояние височно-нижнечелюстных суставов и верхнечелюстных пазух;
- по клиническим показаниям, в процессе стоматологического лечения, дополнительно, при необходимости (по назначению врача - стоматолога) выполняется трехмерная дентальная компьютерная томография зубочелюстной системы, височно-нижнечелюстных суставов, верхнечелюстных пазух.

3. П**ротивопоказаниями для рентгенологического обследования являются:**

3.1. беременность на протяжении всего срока (при этом рентгенологические обследования выполняются только по жизненным показаниям);

3.2. отягощенный анамнез (пребывание в зонах радиоактивных катастроф; проведение пациенту курса лучевой терапии по поводу сопутствующих заболеваний, менее чем за шесть месяцев до настоящего времени);

3.3. выполнение других рентгенологических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой; работа, связанная с использованием рентгеновских излучений.

Я обязуюсь известить лечащего врача, а также врача-рентгенолога или рентгенолаборанта о наличии перечисленных выше противопоказаний до проведения рентгенологического обследования.

4. Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о проведении рентгенологического обследования:

4.1 рентгенодиагностика осуществляется с применением исправной, сертифицированной аппаратуры (цифровой ортопантомограф с функцией 3Д), которая обеспечивает минимальную, безопасную дозу облучения.

4.2. 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 учета дозовых нагрузок вклеивается в медицинскую карту).

4.3.при получении рентгенограммы неудовлетворительного качества необходимо повторное выполнение рентгеновского снимка (в случаях: движения пациента во время процедуры, большая мышечная масса и плотность тканей лица и др.)

5**. Назначение рентгенологических исследований детям до 15 лет** осуществляется только по строгим клиническим показаниям и направлению лечащего врача, с согласия и в присутствии законных представителей.

6. Мне была разъяснена и понятна информация о сути рентгенологического обследования, его проведении и предложены альтернативы рентгенологического обследования. Альтернативой предложенного рентгенологического обследования являются: ультразвуковое обследование челюстно-лицевой области, магнитно-резонансная томография зубочелюстной системы, челюстно-лицевой области, височно-нижнечелюстных суставов, верхнечелюстных и околоносовых пазух.

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.

Я принимаю решение осуществить рентгенологическое обследование мне или несовершеннолетнему ребенку до 15 лет на предложенных условиях.

«_____»_____ 20___г.

Подпись пациента (законного представителя) _____
(ФИО полностью)

Лист учета дозовых нагрузок

Дата	Вид исследования	Количество процедур	Эффективная доза за исследование, мЗв