

## Информированное добровольное согласие на проведение рентгенологического обследования

Я, \_\_\_\_ Фамилия Имя Отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя \_\_\_\_ дата рождения гражданина или законного представителя \_\_\_\_, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_ адрес регистрации гражданина либо законного представителя \_\_\_\_, проживающий по адресу: \_\_\_\_ (указывается в случае проживания не по месту регистрации) \_\_\_\_ В ОТНОШЕНИИ \_\_\_\_ Фамилия, Имя Отчество (при наличии) пациента (при подписании согласия законным представителем) \_\_\_\_ дата рождения пациента (при подписании законным представителем) \_\_\_\_, проживающего по адресу: \_\_\_\_ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя) \_\_\_\_ даю согласие на оказание медицинской помощи в \_\_\_\_ полное наименование медицинской организации Я проинформирован(а) о сущности данного исследования и о том, что оно сопровождается рентгеновским излучением. Я также информирован(а) о лучевой нагрузке (дозе), которую я получу в процессе исследования.

Я соглашаюсь с тем, что рентгенологическое обследование зубочелюстной системы будет проводить

\_\_\_\_\_  
должность, Фамилия Имя Отчество

Мне разъяснили названия и суть 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).

Я проинформирован(а) об альтернативных методах диагностики (КТ, МРТ) и преимуществах данного исследования.

Назначение обязательного и дополнительного медицинского рентгенологического обследования зубочелюстной системы осуществляет лечащий врач по клиническим показаниям.

Показаниями для рентгенологического исследования являются:

- 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;
- при планировании имплантации в ходе поперечной панорамной томографии производится точное измерение ширины и длины челюстных костей в конкретной области;
- при зонографии височно-нижнечелюстных суставов осуществляется диагностика различных заболеваний и дисфункции височно-нижнечелюстных суставов при закрытом и открытом рте;
- по клиническим показаниям в процессе стоматологического лечения по необходимости (по назначению лечащего врача) выполняется цифровая рентгенография зубов на радиовизиографе.

Длительность рентгенологического исследования в зависимости от объема и вида исследования составляет от 5 до 25 минут.

Я понимаю, что при отказе от проведения необходимых рентгенологических обследований врач не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения.

Для проведения качественной диагностики и лечения различных заболеваний, аномалий и повреждений зубочелюстной системы необходимо выполнение рентгенологического обследования.

Противопоказаниями для рентгенологического исследования 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).

**Для женщин:** Я подтверждаю, что на момент исследования не имею беременности, т.к. информирована о вредном воздействии рентгеновского излучения на развитие плода.

Я обязуюсь известить лечащего врача и рентген-лаборанта о наличии вышеперечисленных противопоказаний до проведения рентгенологического обследования.

Мне разъяснена последовательность действий в ходе рентгенологического исследования. Я понимаю, что необходимо снять украшения и съемные зубные конструкции, если таковые имеются, надеть защитный

фартук из просвинцованной резины, принять правильное положение, зафиксировать голову, прижать язык максимально плотно к верхнему небу. Меня предупредили, что во время исследования нельзя двигаться, глотать.

При получении результата 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 исследования.

Я предупрежден(а) о возможных нежелательных последствиях при внутривидеовой рентгенографии – возможно ощущение дискомфорта в ротовой полости из-за давления датчика.

Мне гарантировано, что рентгенодиагностика осуществляется с применением исправной, сертифицированной аппаратуры, которая дает минимальную, практически безопасную дозу облучения и снижает до минимума риск возможных последствий. 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). 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.

Мною были заданы персоналу все интересующие меня вопросы о сути и условиях обследования и получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 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 или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено мне сотрудниками клиники. Мое решение провести исследование является свободным и добровольным, что я удостоверяю своей подписью.

Я отдаю себе отчет, что возможные осложнения после получения услуги, устраняемые надлежащим образом в случае их наступления, не являются вредом здоровью.

Дополнительных условий мною не выдвигается.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

---

Пациент (его законный представитель)

\_\_\_\_\_

Подпись

\_\_\_\_\_

Фамилия Имя Отчество

Медицинский специалист

\_\_\_\_\_

Подпись

\_\_\_\_\_

Фамилия Имя Отчество

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_

Г.