

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на медицинское вмешательство

в объёме рентгенодиагностики зубочелюстной системы

(в соответствии со ст. ст. 19-23 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ

«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Я, {ФамилияИмяОтчество} (ФИО пациента либо законного представителя), соглашаюсь с тем, что проведение рентгенологического обследования, другого медицинского вмешательства:

_____)
пациенту _____

(ФИО пациента, которого я представляю в силу закона, в родительном падеже) будет проводить врач-стоматолог {Прием.Врач.ФамилияИмяОтчество} и другие врачи ООО «ЮККИДЕНТ». В исключительных случаях (например, болезнь врача, сложная клиническая ситуация) клиника может заменить врача, уведомив меня об этом.

Мне в доступной для меня форме сообщена информация о целях и методах проведения рентгенологического обследования в стоматологии. Я понимаю, что целью применения рентгена в стоматологии является диагностика стоматологических заболеваний, динамический контроль процесса лечения и его качества, а также оценка эффективности лечения в ближайшие и отдалённые сроки.

Видами рентгена в стоматологии являются:

- дентальное прицельное рентгенологическое обследование – пленка удерживается за областью обследования в полости рта, тубус аппарата – у кожи лица пациента, получается небольшое плоскостное изображение, не всегда достаточное для нужд диагностики;
- панорамный снимок - применяется для получения изображения челюстно-лицевой области в плоскостном виде, в связи с чем может быть недостаточен для диагностики объемных образований. При этом методе врач получает возможность увидеть единую картину зубочелюстного аппарата, куда входят зубы, суставы верхней челюсти, нижняя часть верхнечелюстной пазухи;
- компьютерная томография - позволяет получить снимок зубов и прилегающих тканей на верхней и нижней челюстях в трёхмерной проекции, сводит к минимуму искажения и позволяет проводить точные измерения;
- визиографическое рентгенологическое обследование - цифровая система обработки прицельных рентгеновских снимков с высоким качеством детализации.

Преимуществом рентгенодиагностики является возможность обнаружить очаги деструкции тканей зуба, глубину поражения зуба, в том числе под пломбами, разряджения в костной ткани и другие новообразования, проблемы при росте зуба мудрости, челюстно-лицевые переломы, скрытые зубочелюстные аномалии, неправильный прикус у взрослых и детей, непрорезавшиеся зубы.

Доза облучения при выполнении рентгенодиагностического обследования регистрируется в листе учёта дозовых нагрузок, который хранится вместе с медицинской картой стоматологического больного на имя пациента. Рентгенодиагностическое обследование в клинике проводится с применением исправной сертифицированной аппаратуры, с безопасной дозой облучения и минимальным риском возможных неблагоприятных последствий. К эксплуатации рентгенодиагностической аппаратуры допускаются сотрудники клиники, прошедшие специальный инструктаж. При получении рентгенодиагностического снимка плохого качества, в том числе в связи с трудностью позиционирования, необходимо повторное выполнение снимка (при движении Пациента во время выполнения обследования, при наличии большой мышечной массы и плотности тканей лица и т.д.), а также выполнение снимка в другой проекции. Кроме того, в процессе стоматологического лечения может потребоваться дополнительное прицельное рентгенодиагностическое обследование отдельных зубов и периапикальных тканей.

Относительными противопоказаниями для рентгенодиагностического обследования являются: беременность в первом триместре, отягощённый анамнез жизни и заболевания (пробывание в зонах радиоактивного заражения, проведение пациентом курса лучевой и химиотерапии при онкологических заболеваниях менее чем за 6 месяцев до проведения рентгенодиагностического обследования, выполнение других рентгенодиагностических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой, работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений). Кроме того, рентгенодиагностические обследования трудно проводятся пациентам, имеющим повышенный рвотный рефлекс, ярко выраженную патологию прикуса (скрученность, дистопия зубов, ретрузия и протрузия).

Беременность может являться индивидуальным противопоказанием к проведению рентгенодиагностики на любом сроке, поэтому следует предупредить врача и назвать точный срок беременности и особенности её протекания.

Я понимаю, что необходимо предупредить врача о наличии вышеуказанных противопоказаний до проведения рентгенодиагностического обследования. Пациент или его законный представитель вправе отказаться от рентгенодиагностического обследования, при этом в случае отказа от проведения необходимого

рентгенодиагностического обследования осуществление качественного стоматологического лечения и отсутствие осложнений после лечения не может быть гарантировано.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей и зубов (ортопантограммы, денальной компьютерной томографии, прицельной радиовизиографии) до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров.

Я понимаю, что при отказе от рентгенологического обследования повышается вероятность наступления осложнений и не достижения цели лечения по не зависящим от врача причинам.

Мне сообщено и понятно, что необходимым условием эффективного лечения является выполнение компьютерной томографии, в случае несоблюдения мною рекомендации по проведению КТ до лечения я лишаю врачей возможности постановки правильного диагноза и выбора оптимальной тактики моего лечения.

Я информирован(а) о противопоказаниях к рентгенологическому обследованию: беременность на протяжении всего срока и период лактации; пребывание в зонах радиоактивных катастроф; проведение курса лучевой терапии менее чем за шесть месяцев до настоящего времени; выполнение рентгенологических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой; работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений. Рентгенография детям до 14 лет осуществляется только по строгим клиническим показаниям, с согласия родителей.

Я предоставляю ООО «ЮККИДЕНТ» право вести фото- и видеопрокол манипуляций по выбору врача(ей), использовать, обрабатывать, хранить, дублировать, анализировать мои изображения, включая фотографии и рентгенологические снимки, срезы КТ на сайтах в сети Интернет, для научных публикаций и в программах обучения врачей при соблюдении анонимности (т.е. без указания Ф.И.О. пациента).

Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Мне сообщено, что при получении рентгенограммы неудовлетворительного качества (в случаях: движения пациента во время процедуры, большой мышечной массы и плотности тканей лица, не сработал должным образом аппарат и т.д.) необходимо выполнение повторного рентгеновского снимка. Доза облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в листе учета дозовых нагрузок. Для практически здоровых лиц годовая эффективная доза при проведении профилактических медицинских рентгенологических процедур и научных исследований не должна превышать 5 мЗв (5000 мкЗв). 1 обследование КТ – 60-80 мкЗв, ОПТГ- 16 мкЗв, 1 радиовизиографический снимок RVG (прицельный) – 3-5 (до 12) мкЗв.

Подписанием этого документа я выражаю своё согласие на проведение рентгенологического исследования.

Вариант 1.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия на медицинское вмешательство 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 _____
(ФИО пациента либо законного представителя)

_____ (подпись пациента либо законного представителя) « ____ » _____ 20 __ г.

Врач _____ (_____) « ____ » _____ 20 __ г.

Рекомендации в письменном виде и разъяснения от врача получил(а) _____ / _____ /

Вариант 2.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Я отказываюсь от медицинского вмешательства.

Пациент _____ (ФИО пациента либо законного представителя)

_____ (подпись пациента либо законного представителя) {ТекущаяДатаПолная} г.

Врач _____ ({Прием.Врач.ФамилияИмяОтчество}) {ТекущаяДатаПолная} г.