••••••••••••••••••№ карты

Информированное добровольное согласие на проведение медицинского рентгенологического обследования

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, Проверочный Иван Иванович,
(фамилия, имя, отчество пациента)

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского рентгенологического обследования зубочелюстной системы.

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 также контроль процесса и результата лечения.

Для проведения качественного лечения стоматологических заболеваний и повреждений зубочелюстной системы необходимо выполнение следующего рентгенологического обследования:

- ✓ панорамная рентгенография всей зубочелюстной системы - ортопантомограмма (ОПТГ) - для оценки общего состояния зубочелюстной системы, а также состояния височно-нижнечелюстного сустава и верхнечелюстных пазух;
- ✓ телерентгенография (ТРГ) в боковой проекции - для выявления аномалий строения зубочелюстной системы и составления оптимального плана ортодонтического лечения;
- ✓ внутриротовая прицельная рентгенография зубов и околокорневых тканей (цифровая на радиовизиографе) для контроля хода и результата лечения;
- ✓ трехмерная дентальная компьютерная томография (КТ) - по клиническим показаниям и назначению лечащего врача для дифференциальной диагностики: зубного ряда (выявление скрытых и добавочных корневых каналов, трещин и перфораций корней, точная оценка размеров и локализации очагов хронической инфекции – кист и гранулем, а также оценка взаиморасположения корней с нижнечелюстным нервом и дном гайморовых пазух для безопасного планирования лечения), верхнечелюстных пазух, височно-нижнечелюстных суставов, ретенированных зубов;
- ✓ контрольная ОПТГ - по назначению лечащего врача для контроля динамики и результата терапевтического и (или) ортодонтического 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 проведении рентгенологического обследования:

- рентгенодиагностика осуществляется с применением исправной, сертифицированной аппаратуры, 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;
- доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в «Листе учета дозовых нагрузок» при проведении рентгенологических обследований и зафиксирована в медицинской карте; данные исследования будут также зафиксированы в «Журнале записи рентгенологических исследований» форма 050у;

Образец

- 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 уведомлен(а) и согласен(согласна) с тем, что для оформления официального заключения по результатам проведенного рентгенологического исследования, клиника вправе передать мои рентгенологические данные (снимки) в стороннюю медицинскую организацию, имеющую соответствующую лицензию, для их расшифровки и выдачи заключения специалистом.

Я удостоверяю своей подписью, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем рентгенологическом обследовании зубочелюстной системы: о целях, методах, связанном с ними риске, последствиях; я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

Я так же даю согласие на использование врачом моих рентгенологических снимков/лица, в интересах которого дается ИДС, в научных публикациях, для демонстрации работ (лекции, интернет) без указания персональных сведений, а также при решении спорных вопросов в судебном порядке.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты, договора на оказание платных стоматологических услуг и понимаю, что ИДС является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

Я подтверждаю свое добровольное согласие на медицинское рентгенологическое обследование зубочелюстной системы на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 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 (в том числе после смерти):

_____

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

o Подтверждаю, что согласовываю оказание мне платных медицинских услуг в полном объеме стандарта медицинской помощи.

o Подтверждаю, что согласовываю оказание мне платных медицинских услуг в объеме, превышающем объем стандарта медицинской помощи.

o Подтверждаю, что согласовываю оказание мне медицинских услуг в виде отдельных консультаций и (или) медицинских вмешательств, входящих в стандарт медицинской помощи.

Беседу провел врач _____ / (подпись)

Пациент Проверочный Иван Иванович **согласился** с проведением медицинского вмешательства (подпись)

(ф.и.о.)

Пациент Проверочный Иван Иванович **отказался** от проведения медицинского вмешательства (подпись)

Конт.телефон _____

Образец