

Клиника Цифровой Стоматологии Symmetrica (ООО «АМРИТА»)

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20 Федерального закона №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство; Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство оформляется в письменной форме, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем. Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и я согласен (на) с названными мне условиями его проведения.

Я, _____
(Ф.И.О. пациента и/или законного представителя, число, месяц, год рождения)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я _____ (Ф.И.О.)

паспорт (серия, номер): _____, выдан: _____

являюсь законным представителем (*мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель (нужное подчеркнуть)*) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____

Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения

находясь на лечении в ООО «АМРИТА», настоящим подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство, а именно на проведение обследования зубочелюстной системы с помощью методов лучевой диагностики (в том числе радиовизиографию, внутривидеографию, контактную рентгенографию, панорамную цифровую рентгенографию, телерентгенографию, окклюзионную рентгенографию, внутривидеографию, рентгенографию в прикус, конусно-лучевую компьютерную томографию (3D)), в дальнейшем рентгенологическое обследование.

В соответствии с порядком, установленным Приказом МЗ РФ от 12.11.2021 N 1051н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства», мне, перед оформлением информированного согласия, предоставлена в доступной форме полная информация о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, о последствиях этих медицинских вмешательств, в том числе о вероятности развития осложнений, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Рентгенологическое обследование проводится с целью осуществления диагностики, консультаций, врачебных назначений и качественного лечения.

Мне понятен **предполагаемый результат** рентгенологического обследования, который заключается в получении изображения, отражающего состояние костной ткани лицевой части черепа и анатомические детали твердых тканей зуба(-ов) и окружающей их костной ткани.

Со мной **согласован Индивидуальный План Лечение**, в котором отражены технологии, методы и материалы, которые будут использоваться в процессе рентгенологического обследования.

Мне сообщены возможные риски, связанные с рентгенологическим обследованием, в том числе: рентгеновское излучение относится к группе радиационных излучений, оно (в определенной дозе) может оказывать негативное влияние на здоровье человека.

Рентгенологическое обследование в ООО «Амрита» осуществляется с применением исправной, сертифицированной аппаратуры, с минимальной дозой облучения и минимальным риском возможных неблагоприятных последствий в соответствии с Методическими рекомендациями «Защита населения при назначении и проведении рентгенодиагностических исследований» (утв. Минздравом РФ 06.02.2004 N 11-2/4-09).

Назначение обязательного и дополнительного рентгенологического обследования осуществляется врачом-стоматологом при наличии клинических показаний.

В силу технических особенностей приборов, используемых при рентгенологическом обследовании, полученное изображение может отличаться от действительного состояния исследуемых систем организма и органов.

При получении рентгенологического снимка неудовлетворительного качества (при движении пациента во время выполнения обследования, при наличии большой мышечной ткани, плотности тканей лица и прочее) необходимо повторное выполнение снимка. Кроме того, в процессе стоматологического лечения может потребоваться дополнительное рентгенологическое обследование.

Для получения изображения при внутриротовой рентгенографии потребуется установить датчик (или пленку) в полость рта, а при ортопантографии /панорамной рентгенографии и конусно-лучевой компьютерной томографии потребуется прикусить закусочную пластину.

Меня информировали о том, что если я не могу самостоятельно удерживать пленку или датчик в полости рта, то это должны осуществлять родственник или сопровождающее лицо. Если таковых нет, то медицинский работник с его согласия.

При осуществлении рентгенологического обследования соблюдаются контроль и меры радиационной безопасности с предоставлением Пациенту индивидуальных средств защиты; доза облучения при выполнении рентгенологического обследования регистрируется в листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологического обследования, который вклеивается в стоматологическую карту больного на имя Пациента.

До моего сведения доведены возможные **альтернативные варианты лечения**, а именно: наблюдение, применение других методов диагностики.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Я обязуюсь незамедлительно сообщать врачу для внесения данных в лист учета дозовых нагрузок обо всех рентгенологических обследованиях и дозах облучения, полученных вне данной медицинской организации.

Я подтверждаю, что я не знаю о наличии у меня перечисленных состояний/заболеваний, которые являются могут являться противопоказаниями для проведения рентгенологических обследований:отягощенный анамнез жизни и заболевания (пребывание в зонах радиоактивного заражения, проведение Пациентом курса лучевой терапии менее чем за 6 месяцев до проведения рентгенологического обследования, выполнение других радиографических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой, работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений); беременность на протяжении всего срока беременности.

Необходимо следовать ограничениям указанных в Методических рекомендациях Минздрава РФ, в том числе:

5.17. Из-за потенциальной опасности облучения эмбриона или плода, обладающего особо высокой радиочувствительностью, рентгенографические исследования при беременности необходимо проводить только по очень узким клиническим показаниям с участием лечащего врача.

5.18. Исследования должны по возможности проводиться во вторую половину беременности, ограничиваясь третьим триместром беременности, за исключением случаев, когда должен решаться вопрос о прерывании беременности или необходимости оказания скорой или неотложной медицинской помощи.

5.19. При подозрении на наличие беременности вопрос о допустимости и необходимости рентгенологического исследования решается исходя из предположения, что беременность имеется.

5.21. При рентгенографии областей тела, удаленных от плода (органов грудной клетки, черепа или верхних конечностей), ее можно провести в любой срок беременности по клиническим показаниям при соблюдении мер безопасности (диафрагмирование и экранирование).

5.22. Рентгенографические исследования беременных женщин должны проводиться с использованием всех возможных средств защиты и методов снижения дозы таким образом, чтобы доза, полученная плодом, не превысила 1,0 мЗв за любые два месяца.

Я буду должен надеть специальный фартук, защищающий жизненно важные органы.

Дозы облучения при рентгенологических исследованиях зубов (при внутриротовой рентгенограмме 0,002мЗв, при компьютерной визиографии 0,001мЗв, конусно-компьютерная томография 0,046мЗв, панорамная цифровая рентгенография ~0,08мЗв) не превышают допустимую дозу и выполняются в областях тела, удаленных от плода (череп), тогда как очаг воспаления может отрицательно сказаться на развитии плода.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 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:

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

(Подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(Подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

" _____ " _____ 20 ____ г.