

*\*При обращении пациента, не достигшего возраста 15 (пятнадцати) лет, рентгенологическое обследование проводится только по строгим клиническим показаниям и направлению лечащего врача, а так же с согласия и в присутствии одного из родителей (иного законного представителя).*

## **Информированное добровольное согласие на проведение медицинского рентгенологического обследования**

### **1. Я проинформирован(на) лечащим врачом**

*(должность, Ф.И.О. медицинского работника)*

о показаниях к проведению мне/лицу, в интересах которого дается ИДС

*(ФИО и год рождения лица, в интересах которого дается ИДС)*

медицинского рентгенологического обследования зубочелюстной системы.

### **2. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна следующая информация:**

2.1. Рентгенологическое обследование зубочелюстной системы проводится по клиническим показаниям и назначению лечащего врача.

2.2. Целью рентгенологического обследования является правильная постановка диагноза для проведения качественного лечения, а так же контроль процесса и результата лечения.

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

- панорамная рентгенография всей зубочелюстной системы - ортопантограмма (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 денальная компьютерная томография (КТ) - по клиническим показаниям и назначению лечащего врача для дифференциальной диагностики: зубного ряда, верхнечелюстных пазух, височно-нижнечелюстных суставов, ретенированных зубов;
- контрольная ОПТГ - по назначению лечащего врача для контроля динамики и результата терапевтического и (или) ортодонтического лечения.

**3. 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.**

### **4. 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.

**5. Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о процедуре проведении рентгенологического обследования:**

- рентгенодиагностика осуществляется с применением исправной, сертифицированной аппаратуры (аппарат рентгеновский стоматологический панорамный с цефалостатом, аппарат рентгеновский стоматологический диагностический с радиовизиографом), 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;
- мне будет сообщена информация о мерах, которые необходимо соблюдать, чтобы исключить отрицательные последствия во время и после рентгенологического обследования;
- 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.

**6. Мне была разъяснена и понятна информация о сути рентгенологического обследования, его проведении и предложены альтернативы рентгенологического обследования:**

- ультразвуковое обследование челюстно-лицевой области,
- магнитно-резонансная томография зубочелюстной системы, челюстно-лицевой области, височно-нижнечелюстных суставов, верхнечелюстных и околоносовых пазух.

**7. Я удостоверяю своей подписью, что**

- мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем рентгенологическом обследовании зубочелюстной системы: о целях, методах, связанном с ними риске, возможных альтернативах обследования, последствиях;
- *я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.*

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

Подпись врача:

Подпись пациента:

Подпись законного представителя:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Фамилия Имя Отчество)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Фамилия Имя Отчество)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Фамилия Имя Отчество)

Дата \_\_\_\_\_