

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на проведение рентгенологического обследования зубочелюстной системы

ООО «ЭСТЕТИКА» Адрес: Ростовская область, г. Таганрог, ул. С. Шило, 212/1.

Врач (ФИО, должность, специальность): _____

Пациент (ФИО): _____ Дата рождения: _____

1. Рентгенологическое обследование зубочелюстной системы проводится с целью диагностики заболеваний зубов и челюстно-лицевой области, контроля качества проведённого лечения, планирования ортодонтического и ортопедического лечения, а также выявления скрытых патологических процессов.

2. Вид рентгенологического исследования:

Прицельный визиографический снимок (RVG) — цифровая рентгенография 1–2 зубов

3. Я информирован(а) о том, что при рентгенологическом исследовании пациент получает дозу ионизирующего излучения. Ориентировочные значения дозовой нагрузки за одно исследование:

прицельный визиографический снимок (RVG) — до 12 мкЗв;

• ортопантограмма (ОПТГ) — до 80 мкЗв;

• дентальная компьютерная томография (КТ) — до 80 мкЗв.

Максимально допустимая годовая доза облучения пациента от всех медицинских рентгенологических исследований составляет 1000 мкЗв (1 мЗв) в год. Доза каждого исследования заносится в журнал учёта дозовых нагрузок пациента

4. Противопоказания и ограничения Я информирован(а) о противопоказаниях и ограничениях к проведению рентгенологического исследования:

• беременность (особенно I триместр — исследование проводится только по жизненным показаниям);

• пребывание в зонах радиоактивного заражения;

• курс лучевой терапии, завершённый менее 6 месяцев назад;

• работа с источниками ионизирующего излучения (профессиональное облучение)

• большая суммарная лучевая нагрузка от других исследований в текущем году.

Я подтверждаю, что у меня отсутствуют вышеуказанные противопоказания, о чём сообщаю врачу до начала исследования.

5. Характер и порядок проведения процедуры Исследование проводится в специально оборудованном рентгенологическом кабинете. Перед снимком пациенту предоставляются индивидуальные средства радиационной защиты (свинцовый фартук, воротник на щитовидную железу). Процедура безболезненна, длится от нескольких секунд (прицельный снимок) до нескольких минут (КТ). Изображение получается в цифровом виде, выводится на монитор и сохраняется в электронной карте пациента.

6. Возможные нежелательные последствия Рентгенологическое исследование является безопасным при соблюдении норм и правил радиационной защиты. Осложнений, как правило, не возникает. В редких случаях возможны

• психоэмоциональный дискомфорт, связанный с пребыванием в рентгенологическом кабинете;

• реакция на материалы индивидуальных средств защиты (крайне редко).

7. Альтернативные методы Альтернативных методов визуализации, позволяющих с сопоставимой точностью оценить состояние зубов, костной ткани челюстей и периапикальных тканей, не существует. Отказ от рентгенологического обследования может привести к невозможности постановки правильного диагноза, ошибкам в планировании лечения и неконтролируемому прогрессированию заболевания.

8. Согласие на оказание экстренной медицинской помощи Я даю согласие на оказание мне экстренной медицинской помощи в случае возникновения состояний, угрожающих жизни и здоровью, непосредственно связанных с проведением рентгенологического исследования.

9. Обязанности пациента Я обязуюсь

• добросовестно и полно сообщить врачу обо всех имеющихся заболеваниях, аллергических реакциях, принимаемых лекарственных препаратах

• сообщить о наличии или отсутствии беременности;

• соблюдать правила нахождения в рентгенологическом кабинете и выполнять указания медицинского персонала

• использовать предоставленные индивидуальные средства радиационной защиты.

10. Подтверждение Я подтверждаю, что:

1) мне разъяснены цель, характер, порядок проведения рентгенологического обследования, возможные нежелательные последствия и альтернативные методы;

- 2) мне разъяснены сведения о лучевой нагрузке и мерах радиационной защиты;
- 3) мне разъяснены противопоказания и ограничения к проведению исследования;
- 4) я получил(а) ответы на все заданные вопросы;
- 5) я добровольно соглашаюсь на проведение рентгенологического обследования зубочелюстной системы.

Настоящее согласие действует в течение всего периода лечения в медицинской организации и распространяется на все рентгенологические исследования, назначенные лечащим врачом.

Дата: « ____ » _____ г.

Пациент (подпись): _____ / _____ /

Врач (подпись): _____ / _____ /
(подпись) (ФИО разборчиво)

ОТКАЗ

от проведения рентгенологического обследования

зубочелюстной системы

Медицинская организация: ООО «ЭСТЕТИКА»

Врач (ФИО, должность): _____

Пациент (ФИО): _____

Дата рождения: « ____ » _____ г.

Я, _____,

(ФИО пациента полностью)

отказываюсь от проведения рентгенологического обследования зубочелюстной системы, назначенного лечащим врачом.

Вид назначенного исследования: Прицельный визиографический снимок (RVG) — цифровая рентгенография 1–2 зубов до 12 мкЗв;

Причина отказа: _____

1. Мне разъяснены последствия отказа:

1. Невозможность постановки точного диагноза и выявления скрытых патологических процессов (кариес дентина, периодонтит, киста, опухолевые образования и др.).
2. Невозможность контроля качества ранее проведённого лечения (пломбирования корневых каналов, установки имплантатов и др.).
3. Риск неправильного планирования лечения, что может привести к осложнениям и ухудшению состояния.
4. Риск неконтролируемого прогрессирования заболевания и потери зубов.
5. Отсутствие объективной информации для планирования ортодонтического и ортопедического лечения.

2. Подтверждение

Я подтверждаю, что:

- 1) мне в доступной форме разъяснены цель и необходимость рентгенологического обследования;
- 2) мне разъяснены последствия отказа от обследования;
- 3) я понимаю, что отказ может привести к ухудшению состояния здоровья и снижению качества лечения;
- 4) моё решение является добровольным и осознанным;
- 5) ответственность за возможные последствия отказа я беру на себя.

Дата: « ____ » _____ г.

Пациент (подпись): _____ / _____ /
(подпись) (ФИО)

Врач (подпись): _____ / _____ /
(подпись) (ФИО)