Клиника _____Приложение к медицинской карте ___

Информированное добровольное согласие на проведение медицинского рентгенологического обследования

Я, _____,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

«_____»_____года рождения, зарегистрированный по адресу _____,

проживающий по адресу: _____

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

даю добровольное согласие на предложенное, мне, моему ребенку, лицу, чьим

законным представителем я являюсь,_____

Ф.И.О. ребенка, лица, от имени которого выступает законный представитель

«___»_____года рождения, проживающего по адресу:_____

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

проведение рентгенологического обследования зубочелюстной системы:

медицинским работником * (**Ф.И.О. медицинского работника)**

1. Мне сообщена, разъяснена и понятна следующая информация о сути предлагаемого обследования:

1.1. Назначение пациенту обязательного и дополнительного медицинского рентгенологического обследования зубочелюстной системы осуществляет врач-стоматолог по клиническим показаниям для проведения качественной диагностики различных заболеваний, аномалий и повреждений зубочелюстной системы.

Обследование выполняется *на радиовизиографе (прицельный снимок) и/или на цифровом панорамном аппарате: ОПТГ (ортопантомограмма или панорамный снимок), КТ (компьютерная томограмма), ТРГ (телерентгенограмма).*

1.2. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства.

1.3. В случае получения снимка неудовлетворительного качества по причине движения пациента во время процедуры, большой мышечной массы и/или плотности тканей лица, необходимо повторное обследование

1.4. Противопоказаниями для рентгенологического обследования являются:

- беременность на протяжении всего срока (при этом рентгенологические обследования выполняются только по жизненным показаниям);
- превышение суммарной дозы лучевой нагрузки (проведение пациенту курса лучевой терапии по поводу сопутствующих заболеваний - менее чем за шесть месяцев до настоящего времени; пребывание в зонах радиоактивных катастроф; выполнение других рентгенологических обследований, суммарно связанных с большой лучевой нагрузкой; работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений);
- медотвод от исследования по эндокринологическим, психиатрическим, онкологическим показаниям.

1.5. Назначение рентгенологических исследований детям до 14 лет осуществляется только по строгим клиническим показаниям, с согласия и в присутствии родителей.

2. Я обязуюсь известить лечащего врача, а также мед. работника, проводящего обследования, о наличии вышеперечисленных противопоказаний (пп. 1.4. и 1.5.) до проведения рентгенологического обследования.

3. Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о гарантиях рентгенологического обследования:

3.1. Рентгенодиагностика осуществляется с применением исправной, сертифицированной аппаратуры, что подтверждается санитарно- эпидемиологическим заключением на эксплуатацию оборудования, которая дает минимальную, практически безопасную дозу облучения и снижает до минимума риск возможных последствий. *(Эффективная доза облучения 0,02-0,04 мкЗв).*

3.2. Персонал соблюдает контроль и меры радиационной безопасности с предоставлением мне/лицу, законным представителем которого я являюсь, индивидуальных средств защиты. Доза облучения во время обследования будет внесена в медицинскую карту.

4. Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты.

5. Разрешаю предоставлять информацию о состоянии моего здоровья, здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти, следующим лицам:

_____

Ф.И.О. гражданина, контактный телефон

Дата_____

_____ _____

Ф.И.О. пациента / законного представителя пациента подпись

Рентгенологическое обследование

Дата_____

№ зуба_____

Диагноз_____

Подпись пациента_____

*Ф.И.О. мед. работника /подпись _____