Настоящее информированное добровольное согласие разработано во исполнение Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – «**Закон 323-ФЗ**»). Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился(ознакомилась) с предлагаемым медицинским вмешательством и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного вмешательства.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРОВЕДЕНИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ

Я_____

Ф.И.О. взрослого пациента

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан. Дееспособному пациенту, достигшему 15 лет, НЕ заполнять этот раздел.

Я, _____,

являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

_____

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

даю информированное добровольное согласие на **рентгенологическое обследование зубочелюстной системы.**

Я получил(а) от медицинского работника всю интересующую меня информацию о предполагаемом медицинском вмешательстве. Мне разъяснено и понятно следующее:

1. **Цели вмешательства**. Рентгенологическое обследование зубочелюстной системы необходимо для проведения качественного лечения различных заболеваний и повреждений зубочелюстной системы. Рентгенодиагностика используется для подтверждения, а иногда и постановки медицинского диагноза, помогает контролировать процесс и точность лечения зубов.
2. **Методы лечения, возможные варианты медицинского вмешательства**.

Рентгенологическое обследование (рентгенография) зубочелюстной системы - это один из методов лучевой диагностики. Рентгенографические исследования основаны на регистрации рентгеновским аппаратом излучения, которое проходя сквозь органы человеческого тела, транслирует изображение на экран или специальную бумагу (пленку). Мне разъяснено, что современное диагностическое оборудование для проведения рентгенографии зубочелюстной системы позволяет проводить более одного рентгеновского снимка в процессе стоматологического лечения без негативных последствий для организма. Количество рентгеновских снимков зависит от диагноза и методов лечения стоматологического заболевания, от анатомических особенностей организма (строения зубов, челюстей), моего поведения во время проведения процедуры. Я понимаю, что при получении рентгенограммы неудовлетворительного качества необходимо повторное выполнение рентгеновского снимка (в случае движения

пациента во время процедуры, большой мышечной массы и плотности тканей лица и т.д.). В план рентгенологического обследования, как правило, входят следующие исследования: 1) ортопантомограмма – панорамная рентгенограмма зубочелюстной системы. На основании ортопантомограммы врач оценивает общее состояние зубочелюстной системы; 2) прицельные рентгенограммы зубов и периапикальных тканей; 3) КЛКТ - конусно-лучевая компьютерная томография - врач подробно оценивает состояние зубочелюстной системы, состояние височно-нижнечелюстных суставов и верхнечелюстных пазух, 4) ТРГ - телерентгенограмма – это рентгеновский снимок головы (цефалометрический снимок, то есть измеряющий голову). ТРГ востребовано в ортодонтии: для диагностики прикуса и планирования методов, этапов, сроков лечения.

Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологического обследования.

Мне разъяснено, что при **отказе** от проведения рентгенологического обследования зубочелюстной системы врач не сможет поставить верный диагноз, проверить качество проведенного лечения и исключить осложнения после и/или в процессе лечения.

3. **Противопоказания к выполнению медицинского вмешательства:** беременность на протяжении всего срока (при этом 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 и иные состояния, препятствующие проведению медицинского вмешательства. Я подтверждаю, что получил(а) от лечащего врача информацию обо всех противопоказаниях. Я честно, без утайки, сообщил(а) лечащему врачу всю информацию, касающуюся моего здоровья (перенесенные операции, заболевания, беременность, принимаемые лекарственные средства, аллергические реакции и т.п.). Я осознаю, что, если скрыл(а) какую-то информацию о своем здоровье, я самостоятельно несу за это ответственность, и понимаю, что это может негативно сказаться на результатах (сроках, стоимости) лечения.

4. У меня было достаточно времени, чтобы обдумать решение о предстоящем медицинском вмешательстве, описанном в данном документе.

5. Мною были заданы медицинскому работнику все интересующие меня вопросы о сути и условиях рентгенологической диагностики и были получены исчерпывающие ответы, а также даны пояснения. Мне было понятно разъяснено значение всех медицинских терминов.

6. Я внимательно ознакомился (ась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью моей медицинской карты.

7. Я даю согласие на выполнение необходимого количества рентгенологических снимков для достижения успешного результата стоматологического лечения.

Я принимаю решение приступить к вмешательству на вышеизложенных условиях.

Приложение к ИДС на проведение рентгенологического обследования зубочелюстной системы

Дата	Вид исследования	Подпись пациента	Подпись врача	Примечания