

Информированное добровольное согласие на рентгенодиагностику

г. Москва

Дата Заключения Договора

Я, Фамилия Имя Отчество Пациента,

(Ф.И.О. пациента)

настоящим подтверждаю, что в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о необходимости, характере, и возможных осложнениях такого медицинского вмешательства как лучевые методы исследования, целью которого является помощь в постановке правильного и полного диагноза, а также контроль за качеством проводимого стоматологического лечения.

Я проинформирован(а) о том, что метод лучевой диагностики - это рентгенодиагностика, т.е. метод исследования органов человека с использованием рентгеновского излучения, в данном случае применяемый для диагностики в челюстно-лицевой области. Выполняется на специализированных рентгеновских установках с изготовлением рентгеновских снимков, как отраженных на пленке, так и обработанных на компьютере.

Мне разъяснено, что многие стоматологические заболевания не имеют ярко выраженных признаков при наружном осмотре, но могут быть видны на рентгеновских снимках. Так же многие диагнозы требуют своего подтверждения и уточнения с помощью рентгенодиагностики.

Рентгеновские снимки позволяют лечащему врачу комплексно оценить текущее состояние зубочелюстной системы, определиться с объемом необходимого лечения, до начала лечения подготовиться к сложной анатомии корневых каналов зуба, оценить имеющиеся воспалительные изменения, а также проконтролировать эффективность своей работы после окончания лечения и, при необходимости, назначить дополнительные методы исследования.

Я информирован(а) о том, что многие виды стоматологического лечения, например, эндодонтическое лечение, нуждаются в постоянном рентгеновском контроле, дабы обеспечить точность и полноту лечения.

Отказ от рентгенодиагностики может повлечь за собой невозможность постановки правильного диагноза и, следовательно, невозможность адекватного лечения. Все это приведет к прогрессированию заболевания, развитию инфекционных осложнений, усилению болевых ощущений, а также обострению системных заболеваний организма.

При попытке врача выполнить определенные виды стоматологического лечения без рентгеновского контроля это может привести к некачественному или даже опасному для здоровья лечению.

Альтернативой является отказ от лечения или выполнение лечения без рентгенодиагностики. Я осознаю всю тяжесть последствий данного решения. Я осознаю также, что врач может, а иногда и ДОЛЖЕН, отказаться от моего (представляемого) лечения вообще или от выполнения многих стоматологических манипуляций без рентгенодиагностики из-за невозможности обеспечить качество лечения и мою (представляемого) безопасность.

Я проинформирован(а) о том, что клиника осуществляет мероприятия по соблюдению правил, норм и нормативов в области радиационной безопасности и располагает всеми необходимыми стационарными, передвижными и индивидуальными средствами защиты, применяемыми при рентгенодиагностике. При проведении исследования мне будет предоставлен рентгенозащитный фартук. В соответствии с требованиями к методам рентгенодиагностики на территории РФ мне (представляемому) будет гарантировано проведение рентгеновского исследования специалистом соответствующей квалификации, использование им только разрешенных к применению в РФ медицинских изделий и лекарственных препаратов, соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов.

© Охраняется авторским правом

Исключительное право на распространение принадлежит ООО «ФАКУЛЬТЕТ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА»

Осложнениями рентгенодиагностики может явиться превышение допустимой лучевой нагрузки, что отрицательно повлияет на кровеносную, сердечно-сосудистую, дыхательную системы, может вызвать болезни практически всех органов и систем.

Я проинформирован(а) о том, что однако средняя доза облучения, получаемая мною при рентгенодиагностике, составит:

1. Интраоральная рентгенодиагностика (цифровая): 0,001-0,004 мЗв (миллизиверт) на один снимок.
2. Панорамная рентгенодиагностика (цифровая): 0,01-0,04 мЗв (миллизиверт) на один снимок.

Зиверт – это единица измерения воздействия ионизирующего излучения.

В течение года из внешней среды человек получает облучение (естественный фон) примерно в 2,0-3,0 мЗв. Следовательно, риск превышения лучевой нагрузки при соблюдении методик и правил рентгенодиагностики при стоматологическом лечении сведен к минимуму. Столь невысокие эффективные дозы облучения достигаются за счет использования современных моделей рентгеновского оборудования, основанных на принципе цифровой рентгенографии.

Однако я дополнительно проинформирован(а), что даже допустимая медицинская лучевая нагрузка категорически вредна в случае беременности. Рентгенодиагностика при беременности возможна лишь в самом крайнем, экстренном случае.

Также я проинформирован, что врач, проводящий мое (представляемого) лечение, может счесть необходимым, направить меня (представляемого) на дополнительные рентгенологические исследования в иные специализированные медицинские организации.

Я уведомлен(а) о том, что мне гарантирован контроль за дозой моего облучения в целях обеспечения и контроля моей (представляемого) безопасности, в частности, правильное ведение листа учета дозовых нагрузок пациента при рентгенологических исследованиях, оформление иной необходимой медицинской документации.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении данного медицинского вмешательства в тех случаях моего обследования и лечения, когда врач сочтет это необходимым.

Беседу провел врач _____ (подпись, Ф.И.О.)

Пациент (представитель пациента) согласился с проведением медицинского вмешательства
_____ (подпись)