

УСЛОВИЯ ПРОВЕДЕНИЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Ортопантомография проводится в положении сидя. Пациент во время исследования должен обеспечить неподвижное положение головы относительно аппарата: не нужно двигаться, совершать глотательные или жевательные движения. Если вы не можете обеспечить вследствие своего состояния здоровья неподвижного положения предупредите об этом - исследование скорее всего будет иметь низкую информативность.

Информированное согласие пациента на оказание ему платных медицинских услуг по рентгенологии в стоматологической клинике «А-Пломб»

Приложение к договору на оказание платных медицинских услуг

№ _____ от « ____ » _____ 20__ г.

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 ФЗ N 323 "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я ознакомлен(а) и согласен(согласна) с названными мне с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я обратился(ась) к Исполнителю для проведения мне услуг по рентгенологии по направлению лечащего врача, который проинформировал меня о необходимости применения рентгенодиагностики; направление с указанием необходимого мне вида рентгенодиагностического исследования я предоставил Исполнителю. При этом мне дополнительно к информации, полученной от лечащего врача, Исполнителем разъяснено и мною осознано следующее:

- назначение пациенту медицинского рентгенологического обследования зубочелюстной системы осуществляет врач-стоматолог по клиническим показаниям (возможно проведение исследования с профилактической целью);
- право на принятие решения о проведении рентгенологического обследования имеет пациент или его законный представитель; пациент может отказаться от рентгенологического обследования. Я понимаю, что при моем отказе от проведения необходимых рентгенологических обследований, врач-стоматолог не сможет провести диагностику и лечение на том уровне качества, который возможен на сегодняшний день при использовании данных методов;
- при получении результатов исследования неудовлетворительного качества необходимо повторное выполнение снимка в случае движения пациента во время процедуры.
- проведение рентгенологических исследований беременным женщинам проводится, по-возможности, во вторую половину беременности только при наличии клинических показаний по направлению лечащего врача, период лактации не имеет каких-либо особенностей или противопоказаний по сравнению с обычным физиологическим состоянием человека;
- относительными противопоказаниями для рентгенологического обследования являются: 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).

Мне сообщено, что при диагностическом исследовании Исполнитель использует современное рентгенодиагностическое оборудование только с цифровыми приемниками изображения, которые позволяют повысить точность диагностики и максимально снизить дозу облучения. При цифровой ортопантомографии доза облучения составляет **7,5 мкЗв**. Согласно 3-ФЗ 1996 г. «О радиационной безопасности населения» при проведении профилактических медицинских рентгенологических процедур и для научных исследований (даже когда нет прямой пользы для здоровья!) годовая доза такого облучения не должна превышать **1000 мкЗв (микрозиверт)**. Это нагрузка равная в применении к стоматологии сопоставима с проведением до 130 панорамных снимков или около 15 снимков на конусно-лучевом компьютерном томографе. В случае, когда обследование проводится при наличии медицинских показаний по направлению врача (подготовка к лечебному мероприятию, уточнение или подтверждение диагноза, контроль проведенного лечения) – **предел дозы облучения и предельное количество снимков в год не установлены**. Для сравнения: за год от естественных источников в среднем житель России получает лучевую нагрузку в 4100 мкЗв (СанПин «НРБ»). Альтернативой исследования является отказ от исследования. Мне были объяснены возможные исходы и альтернативы предложенного рентгенологического обследования.

Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о гарантиях, условиях и порядке проведения рентгенологического обследования: рентгенодиагностика осуществляется с применением исправной, официально зарегистрированной медицинской аппаратуры, которая дает минимальную, безопасную дозу облучения и снижает до минимума риск возможных последствий; будут получены качественные рентгенологические снимки (данные исследования); персонал будет соблюдать контроль и 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.

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях рентгенодиагностики и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Я разрешаю использовать данные проведенных исследований на условиях анонимности в научных и учебных целях, для публикации в научной литературе, а также предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных мне

услуг лицам, оплачивающим мое лечение. Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты, договора на оказание платных медицинских услуг. Я обязуюсь известить лечащего врача, а также персонал Исполнителя о наличии вышеперечисленных противопоказаний до проведения рентгенологического обследования; для женщин - также обязуюсь известить о наличии или отсутствии беременности в настоящее время. Настоящее согласие мной внимательно прочитано, претензий и замечаний к данному мною согласию не имеется. Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство с целью проведения рентгенодиагностики моей зубочелюстной системы. Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу.

Я проинформирован(а) о том, что я могу получить медицинские услуги аналогичного назначения в других лечебных заведениях, и подтверждаю свое согласие на получение медицинских услуг у Исполнителя. Я ознакомлен с действующим у исполнителя прейскурантом цен на платные медицинские услуги и согласен(на) оплатить стоимость оказанных медицинских услуг в соответствии с ним.

С условиями ознакомлен и согласен.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ НЕ ИМЕЮ _____ ДЛЯ ЖЕНЩИН - БЕРЕМЕННОСТИ НЕТ

(Поставьте подпись или напишите имеющиеся противопоказания)

Подпись пациента и расшифровка: _____

Подпись официального представителя пациента и расшифровка: _____