Информированное добровольное согласие на проведение медицинского рентгенологического обследования в ООО «Антериор»

Я, _____ (ФИО),
в соответствии с требованиями статьи № 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», **даю информированное добровольное согласие на рентгенологическое обследование.**

Я в полной мере проинформирован (а) о целях, методах, возможном риске, вариантах, последствиях, результатах данного медицинского вмешательства.

Я ознакомлен (а) с техническими особенностями процедуры **рентгенологического обследования** и даю свое согласие на ее проведение.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна следующая информация о сути данного обследования:

1. Назначение пациенту обязательного и дополнительного медицинского рентгенологического обследования зубочелюстной системы осуществляет врач-стоматолог по клиническим показаниям и в соответствии с разработанным планом обследования и лечения.
2. Право на принятие решения о проведении рентгенологического обследования имеет пациент или его законный представитель. Пациент может отказаться от рентгенологического обследования.
3. При отказе от проведения необходимых рентгенологических обследований врач-стоматолог не сможет поставить верный диагноз, проверить качество проведенного лечения.
4. При получении рентгенограммы неудовлетворительного качества необходимо повторное выполнение рентгеновского снимка (в случаях: движения пациента во время процедуры, большая мышечная масса и плотность тканей лица, не сработал должным образом аппарат и т.д.).
5. Противопоказаниями для рентгенологического обследования являются:

a. беременность на протяжении всего срока (при этом рентгенологические обследования выполняются только по жизненным показаниям);
b. отягощенный анамнез (пребывание в зонах радиоактивных катастроф; проведение пациенту курса лучевой терапии по поводу сопутствующих заболеваний - менее чем за шесть месяцев до настоящего времени);
c. выполнение других рентгенологических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой; работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений).

Я обязуюсь известить лечащего врача, а также рентгенолаборанта о наличии вышеперечисленных противопоказаний до проведения рентгенологического обследования.

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

- Рентгенодиагностика осуществляется с применением исправной, сертифицированной аппаратуры (дентальный рентгеновский аппарат, радиовизиограф), которая дает минимальную, практически безопасную дозу облучения и снижает до минимума риск возможных последствий.
- Персонал будет соблюдать контроль и меры радиационной безопасности с предоставлением мне индивидуальных средств защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в карточке учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологических обследований (карточка вклеивается в медицинскую карту).
- В обязательном порядке мне будет сообщена информация о полученной дозе облучения и мерах, которые необходимо соблюдать, чтобы исключить отрицательные последствия во время и после рентгенологического обследования.

Получив полную информацию о предстоящем рентгенологическом обследовании, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно **соглашаюсь** на него.

Запрета, либо противопоказаний для проведения рентгенологического обследования не имеется, за исключением: _____ _____ *(указать какие, если имеются исключения).*

До меня была доведена исчерпывающая информация обо всех возможных побочных эффектах и осложнениях.

Я имел (а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все заданные мной вопросы.

Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных».

Я разрешаю передать информацию о нахождении на лечении и состоянии здоровья следующим лицам: _____.

Примечание: В соответствии со ст. 20. Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство подписывает законный представитель в отношении ребенка до 15-летнего возраста, а также в отношении недееспособного лица, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство.

Врач: _____/_____
фио подпись

Пациент: _____/_____
фио подпись

Дата: _____20____г

ЛИСТ УЧЕТА ДОЗОВЫХ НАГРУЗОК ПАЦИЕНТА ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ

Ф.И.О._____

№ П/П	ДАТА	ВИД ИССЛЕДОВАНИЯ , КОЛ-ВО ПРОЦЕДУР	ЭФФЕКТИВНАЯ ДОЗА ЗА ИССЛЕДОВАНИЕ, МЗВ	ПРИМЕЧАНИЕ