

УСЛОВИЯ ПРОВЕДЕНИЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

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

Ортопантомография и КЛКТ проводится в положении стоя (при высоком росте пациента возможно проведение исследования сидя). Длительность ортопантомографии - 17 секунд, КЛКТ - 19 секунд. При исследовании зубных рядов пациент должен аккуратно прикусить центральную закусочную пластинку передними зубами в области выемки. Металл, находящийся в зоне исследования, может давать ухудшение четкости исследования и должен быть снят (съёмные протезы, очки, украшения, закладки, пирсинг). При наличии несъёмных конструкций в полости рта предупредите об этом до начала исследования (имплантаты, металлокерамические коронки, металлические вкладки и др). Уберите, пожалуйста, различные аксессуары, фиксирующие вашу причёску. Пациент во время исследования должен обеспечить неподвижное положение головы относительно аппарата: не нужно двигаться, переступать с ноги на ногу, совершать глотательные или жевательные движения, следить глазами за перемещением сканера аппарата вокруг головы во время исследования. Если вы не можете обеспечить вследствие своего состояния здоровья неподвижного положения предупредите об этом - исследование скорее всего будет иметь низкую информативность. Из-за того, что дети не могут соблюдать неподвижность, исследование не проводится детям до 4-х лет. Максимальная разрешающая способность аппарата при объеме исследования 12*8,5 см: воксель (объемный изотропный) - 0,183 мм.

Информированное согласие пациента на оказание ему платных медицинских услуг по рентгенологии

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 случаях: движения пациента во время процедуры, большая мышечная масса и плотность тканей лица и т.д.);
- назначение рентгенологических исследований детям до 14 лет осуществляется только по клиническим показаниям, с согласия и в присутствии родителей по направлению лечащего врача, профилактические исследования запрещены;
- 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**. При конусно-лучевой компьютерной томографии в данном центре доза облучения составляет **до 87 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.

ДЛЯ ЖЕНЩИН - БЕРЕМЕННОСТИ НЕТ _____.
(Поставьте подпись или напишите имеющиеся противопоказания)

Подпись пациента и расшифровка: _____

Подпись официального представителя пациента и расшифровка: _____

Дата: «__» _____ 20__ г.

Образец