



## МЧУ «МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР «РАМБАМ»

127055, гор. Москва, ул. Образцова, д. 11, стр. 2, стр. 5

Тел.: +7(495) 663 23 55

e-mail: info@rimc-rambam.ru

www.rimc-rambam.ru

Лицензия на осуществление медицинской деятельности  
№ ЛО-77-01-012493 от 14 июня 2016 г.

### Информированное добровольное согласие на рентгенодиагностику

г. Москва

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. пациента)

*Этот раздел бланка заполняется только в том случае, если от имени и в интересах пациента действует его представитель*

Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. представителя пациента)

выступаю от имени и в интересах представляемого мною 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 (представляемому) 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.**

**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 (представляемым) 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 (представляемому) гарантирован контроль за дозой моего (представляемого) 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 врачом Медицинское частное учреждение «Медицинский центр «Рамбам» в тех случаях моего (представляемого) обследования и лечения, когда врач сочтет это необходимым.**

Беседу провел врач \_\_\_\_\_ (подпись, Ф.И.О.)

Пациент (представитель пациента) согласился с проведением медицинского вмешательства \_\_\_\_\_ (подпись)

Пациент (представитель пациента) отказался от проведения медицинского вмешательства \_\_\_\_\_ (подпись)