Информированное добровольное согласие
на проведение рентгенологического обследования

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

Я, _____,
понимаю, что для проведения качественного лечения различных заболеваний зубочелюстной системы необходимо рентгенологическое обследование: выполнение компьютерной томографии, ортопонтомограммы; прицельной рентгенограммы зубов и периапикальных тканей, визиографических исследований, врач- стоматолог не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить возможные осложнения после лечения.

Я проинформирован (а) о противопоказаниях при проведении рентгенологического обследования:

- проживание в зонах радиоактивных катастроф;
- работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений;
- 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;
- беременность на протяжении всего срока (при этом рентгенологические обследования выполняются только по жизненным показаниям).

Я обязуюсь известить лечащего врача о наличии вышеперечисленных противопоказаний до проведения рентгенологического обследования.

Мне понятна информация о гарантиях рентгенологического обследования:

- Рентгенодиагностика осуществляется с применением исправной, лицензированной аппаратуры (объёмный компьютерный томограф, ортопантомограф, дентальный рентгеновский аппарат, радиовизиограф), которая даёт минимальную дозу облучения и снижает до минимума риск возможных последствий.
- В результате рентгеновского обследования возможно получение рентгенограмм неудовлетворительного качества, при этом необходимо повторное выполнение рентгеновского снимка (в случаях: движения пациента во время процедуры, большая мышечная масса и плотность тканей лица, деформация позвоночного столба и пр.).
- Персонал будет соблюдать контроль и меры радиационной безопасности с предоставлением мне индивидуальных средств защиты. Доза облучения во время обследования будет зарегистрирована в листе учёта дозовых нагрузок при проведении рентгенологических обследований.

Я получил (а) исчерпывающую информацию по предлагаемому рентгенологическому обследованию и согласен (а) с ним.
«__»_____20____г. Подпись пациента/Представителя_____
Подпись врача_____

Приложение
Утверждена Приказом МЗ Ростовской области
и центра госсанэпиднадзора в Ростовской области
№ 155/196 от 26.06.2001г.

ЛИСТ УЧЕТА ДОЗОВЫХ НАГРУЗОК НА ПАЦИЕНТОВ

№ истории болезни_____
Фамилия,имя,отчество_____
Возраст_____
Средство измерения индивидуальных доз пациентов (указать тип)_____

Дата	Область исследования	Вид процедур	Эффективная доза (м3в)		Диагноз лечащего врача, направившего на исследование	Диагноз подтвержден(1) уточнен(2) изменен(3) нужное ввести
		График (кол-во снимков)	Табличная			
			В/ч 4 мк3	Н/ч 2 мк3		