

# Информированное добровольное согласие пациента на проведение диагностических исследований

(осмотр полости рта и диагностические манипуляции, рентгенологическое обследование, забор биологического материала для исследований)

## Приложение

ООО «Стоматолог» г. Пятигорск

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

Я \_\_\_\_\_ доверяю врачу \_\_\_\_\_

Этот раздел бланка заполняется только для лиц, не достигших возраста 18 лет, или недееспособных граждан:

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина — полностью, год рождения)

законным представителем которого является (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) \_\_\_\_\_ года рождения, проживающий(ая) по адресу \_\_\_\_\_

назначить проведение необходимого объема обследований.

1. Я добровольно даю свое согласие на проведение: опроса, в том числе выявление жалоб, сбора анамнеза, осмотра, в том числе пальпации, перкуссии, зондирования, исследования функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы), забор биологического материала, рентгенологического обследования. Мне разъяснено, что в ходе выполнения проводимых медицинских действий, может возникнуть необходимость выполнения других исследований и врачебных манипуляций, не указанных предыдущем абзаце.

2. Я понимаю, что мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, качественное проведение всех медицинских манипуляций, применение качественных сертифицированных м а т е р и а л о в .

3. Я доверяю лечащему врачу принять соответствующие решение и выполнить иные действия, которые врач сочтет необходимыми для установки диагноза и определения тактики лечения.

4. Я информирован(а) о характере и возможных неблагоприятных эффектах диагностических манипуляций, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения.

5. Я сообщил врачу и медицинскому персоналу, проводящему обследования, о состоянии моего (представляемому) здоровья.

6. Мне также разъяснили, что при рентгенологическом обследовании имеются противопоказания:

\*Беременность на протяжении всего срока (при этом рентгенологические обследования выполняются только по жизненным показаниям);

\*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).

7. Я предупрежден: 1. При отказе от проведения необходимых рентгенологических обследований (особенно, ортопантограммы, компьютерной томограммы), врач-стоматолог не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения. 2. 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.)

8. Я обязуюсь известить лечащего врача, а также врача-рентгенолога или рентгенлаборанта о наличии вышеперечисленных противопоказаний до проведения рентгенологического обследования.

9. Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о гарантиях рентгенологического обследования.

\* Рентгенодиагностика осуществляется с применением исправной, сертифицированной аппаратуры (ортопантомограф, радиовизиограф, компьютерный томограф), 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 листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологических обследований (лист 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.

10. Мною были заданы персоналу все интересующие меня вопросы о сути и условиях обследования и получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

11. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

12. Я принимаю решение осуществить все виды обследования на предложенных условиях.

Подпись пациента

(законного представителя) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.