

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА
МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Приложение к
договору № {НомерКарты}

в объёме рентгенодиагностики зубочелюстной системы

от
{ДатаПервогоПриемаЧислом}
г

Санкт-Петербург

{ТекущаяДатаПолная} г

(в соответствии со ст. ст. 19-23 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Я {ФамилияИмяОтчество}

(ФИО пациента, либо законного представителя),

соглашаюсь на проведение рентгенологического обследования, либо другое медицинское вмешательство:

Пациенту _____ (ФИО пациента, которого я представляю в силу
закона, в родителем падеже)

которое будет проводить врач-стоматолог {ФамилияИмяОтчествоВрача} и другие врачи Исполнителя.

В исключительных случаях (например, болезнь врача, сложная клиническая ситуация) клиника может заменить
врача, предварительно уведомив меня об этом.

Мне в доступной для меня форме сообщена информация о проведении рентгенологического обследования в
стоматологии. Я понимаю, что целью рентгенодиагностики в стоматологии является диагностика стоматологических
заболеваний, динамический контроль процесса лечения и его качества, а также оценка эффективности лечения в
ближайшие и отдалённые сроки.

Видами рентгена в стоматологии являются:

- дентальное рентгенологическое обследование - пациент удерживает датчик визиографа в соответствии с
инструкциями мед. персонала.
- панорамный снимок - применяется для получения снимка челюстно-лицевой области в плоскостном
изображении в связи с чем может быть недостаточен для диагностики. При этом методе врач получает
возможность увидеть единую картину зубочелюстного аппарата, куда входят зубы, суставы верхней челюсти,
пазухи носа. Показан при исправлении прикуса брекетами и имплантации зубов.
- компьютерная томография - позволяет получить снимок зубов на верхней и нижней челюстях в трёхмерной
проекции, исключает какие-либо искажения и позволяет проводить точные измерения.
- Визиографическое рентгенологическое обследование - цифровая система обработки рентгеновских снимков с
высоким качеством детализации.

Преимуществами рентгенодиагностики является возможность диагностировать присутствие пораженных кариесом и
абсцессом участков, глубину поражения зуба, в том числе под пломбами, наличие кист, гранулём и других
новообразований, очаги инфекции в корневых каналах, проблемы при росте зуба мудрости, челюстно-лицевые
переломы, скрытые зубочелюстные аномалии, неправильный прикус у взрослых и детей, непрорезавшиеся зубы.

Максимально допустимая доза рентгеновского облучения – 1000 мкЗв в год. Доза облучения при выполнении
рентгенодиагностического обследования регистрируется в Листе учёта дозовых нагрузок при проведении
рентгенодиагностического обследования, который клеивается в медицинскую карту стоматологического больного
на имя пациента. Рентгенодиагностическое обследование в клинике проводится с применением исправной
сертифицированной аппаратуры, с безопасной дозой облучения и минимальным риском возможных
неблагоприятных последствий. К эксплуатации рентгенодиагностической аппаратуры допускаются сотрудники
клиники, прошедшие специальное обучение. При получении рентгенодиагностического снимка плохого качества, в
том числе в связи с трудностью позиционирования, необходимо повторное выполнение снимка (при движении
Пациента во время выполнения обследования, при наличии большой мышечной массы и плотности тканей лица и
т.д.), а также выполнение снимка в другой проекции. Кроме того, в процессе стоматологического лечения может
потребоваться дополнительное прицельное рентгенодиагностическое обследование отдельных зубов и
периапикальных тканей.

Противопоказаниями для рентгенодиагностического обследования являются: беременность в первом
триместре, отягощённый анамнез жизни и заболевания (пребывание в зонах радиоактивного заражения, проведение
пациентом курса лучевой и химиотерапии при онкологических заболеваниях менее чем за 6 месяцев до проведения
рентгенодиагностического обследования, выполнение других рентгенодиагностических обследований, связанных с
большой лучевой нагрузкой, работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений). Кроме
того, рентгенодиагностические обследования не проводятся пациентам, имеющим повышенный рвотный рефлекс,
ярко выраженную патологию прикуса (скрученность, дистопия зубов, ретрузия и протрузия).

Беременность может являться индивидуальным противопоказанием к проведению рентгенодиагностики на
любом сроке, поэтому следует предупредить врача и назвать точный срок беременности и особенности её
протекания. Я понимаю, что необходимо предупредить врача о наличии вышеуказанных противопоказаний до
проведения рентгенодиагностического обследования. Пациент или его законный представитель вправе отказаться от
рентгенодиагностического обследования, при этом при отказе от проведения необходимого рентгенодиагностического
обследования осуществление качественного стоматологического лечения и отсутствие осложнений после лечения не
может быть гарантировано.

