

Пункт 3 статьи 134 Кодекса РК от 7 июля 2020 года «О здоровье народа и системе здравоохранения», устанавливает, что медицинская помощь должна предоставляться только после получения информированного устного или письменного добровольного согласия пациента.

Согласие на проведение рентгенологического обследования

Я _____, доверяю врачу _____
_____ проведение необходимого объема рентгенологических исследований.

1. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна следующая информация о сути данного обследования:

1.1. Назначение пациенту обязательного и дополнительного медицинского рентгенологического обследования зубочелюстной системы осуществляет врач-стоматолог по клиническим показаниям.

1.2. Для проведения качественного лечения различных заболеваний и повреждений зубочелюстной системы необходимо выполнение рентгенологического обследования:

- Обязательное выполнение ортопантограммы или КЛКТ для проведения стоматологического лечения. На основании ортопантограммы или КЛКТ стоматолог оценивает общее состояние зубочелюстной системы пациента, а также состояние височно-челюстных суставов и верхнечелюстных пазух.

- По клиническим показаниям в процессе стоматологического лечения дополнительно по необходимости (по назначению стоматолога) выполняются прицельные рентгенограммы зубов и периапикальных тканей.

1.3. Право на принятие решения о проведении рентгенологического обследования имеет пациент или его законный представитель. Пациент может отказаться от рентгенологического обследования.

1.4. При отказе от проведения необходимых рентгенологических обследований врач не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения.

1.5. 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.)

1.6. Противопоказаниями для рентгенологического обследования являются:

- Беременность на протяжении всего срока (при этом рентгенологические процедуры выполняются только по жизненным показаниям).

- Отягощенный анамнез (пребывание в зоне радиационных катастроф, проведение пациенту курса лучевой терапии по поводу сопутствующих заболеваний, менее чем за 6 месяцев до настоящего времени).

2. Я обязуюсь известить врача о наличии противопоказаний в п. 1.6. до проведения рентгенологического обследования.

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

3.1. Рентгенодиагностика осуществляется с применением исправной, сертифицированной цифровой аппаратуры, которая дает минимальную, практически безопасную дозу облучения и снижает до минимума риск возможных последствий.

3.2. Персонал будет соблюдать контроль и меры радиационной безопасности с предоставлением мне индивидуальных средств защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в гарантийном талоне с учетом дозовых нагрузок.

Мною были заданы персоналу все интересующие меня вопросы о сути и условиях обследования и получены исчерпывающие ответы и разъяснения. Я внимательно ознакомился с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты.

Я принимаю решение осуществить рентгенологическое обследование на предложенных мне условиях.

Дата

Подпись пациента _____

**Настоящее информационное согласие является неотъемлемой частью медицинской карты стоматологического пациента форма № 043/у утвержденной приказом № 332 Министра
Здравоохранения РК от 08.07.2005 г.**