*Приложение № 12*

к Правилам от 01.09.2023г., приказ 22-пф

**Медицинский центр строго руководствуется:**

1.Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ от 21.11.2011г. (ред. от 24.07.2023г.), ст. 19, 20, 21

2.Законом РФ «О защите прав потребителей», 07.02.1992 г № 2300-1 (ред. от 05.12.2022г.)

3.Постановлением Правительства РФ «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» от 11.05.2023г. №736

4. Приказ Минздрава России от 12.11.2021 N 1051н "Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства"

**Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.**

## Информированное добровольное согласие на проведение

# медицинского рентгенологического обследования

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

1. **Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** соглашаюсь с тем, что рентгенологическое обследование зубочелюстной системы в рентгенодиагностическом кабинете моему ребенку\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ будет проводить (*ненужное вычеркнуть)* врач-рентгенолог или рентгенолаборант **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
2. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна следующая информация о сути данного обследования:
   1. Назначение пациенту обязательного и дополнительного медицинского рентгенологического обследования зубочелюстной системы осуществляет врач-стоматолог по клиническим показаниям.
   2. Для проведения качественного лечения различных заболеваний и повреждений зубочелюстной системы необходимо выполнение плана рентгенологического обследования:

* обязательное выполнение **компьютерной томограммы (КТ)**  до проведения стоматологического лечения. На основании КТ стоматолог оценивает общее состояние зубочелюстной системы пациента, а также состояние височно-нижечелюстных 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. Право на принятие решения о проведении рентгенологического обследования имеет пациент или его законный представитель. Пациент может отказаться от рентгенологического обследования.
  2. При отказе от проведения необходимых рентгенологических обследований (особенно, КТ), врач-стоматолог не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения.
  3. При получении рентгеновских снимков 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.).
  4. Противопоказаниями для рентгенологического обследования являются:
* 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).
  1. Назначение рентгенологических исследований детям до 14 лет осуществляется только по строгим клиническим показаниям, с согласия и в присутствии родителей.

1. Я обязуюсь известить лечащего врача, а также врача-рентгенолога или рентгенолаборанта о наличии вышеперечисленных противопоказаний (пп. 2.6. и 2.7.) до проведения рентгенологического обследования.
2. **Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о гарантиях рентгенологического обследования:**
   1. Рентгенодиагностика осуществляется с применением исправной, сертифицированной аппаратуры (дентальный рентгеновский аппарат, радиовизиограф), которая дает минимальную, практически безопасную дозу облучения и снижает до минимума риск возможных последствий.
   2. Будут получены качественные рентгеновские снимки.
   3. 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).
   4. 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.
3. Мне были объяснены возможные исходы и альтернативы предложенного рентгенологического обследования.

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

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

Я принимаю решение осуществить рентгенологическое обследование на предложенных мне условиях.

Подпись пациента(законного представителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_