

**Добровольное информированное согласие на опрос и выполнение  
медицинского рентгенологического исследования**

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

**Название рентгенологического исследования:** Цифровое рентгенологическое исследование.

**Показания и цель рентгенологического исследования:** Диагностика различных заболеваний зубочелюстной системы: выявление кариеса контактных поверхностей коронок и пришеечных отделов зубов, выявление кариеса пришеечных и жевательных поверхностей коронок под пломбами, определение наличия и локализации деструктивных процессов, анализ строения зубов. Оценка степени резорбции костной ткани альвеолярного отростка. Контроль результатов лечения в отдаленные сроки (6-12 месяцев). При планировании дентальной имплантации – точное измерение ширины и длины альвеолярного отростка верхней и нижней челюсти в конкретной области. Диагностика аномалий развития зубочелюстной системы. Диагностика одонтогенных и риногенных воспалительных заболеваний и новообразований верхнечелюстных пазух. Диагностика воспалительных заболеваний всех придаточных пазух носа.

**Возможные нежелательные явления:** При возникновении нечеткости полученного изображения, связанного с движением Пациента во время проведения исследования, потребуется проведение повторного обследования.

**Лучевая нагрузка при рентгенологическом исследовании:** Эффективная эквивалентная доза за одно исследование на дентальном компьютерном томографе «Axeos» – 28,3-48,3 мкЗв (в зависимости от выбранной экспозиции и размеров Пациента). По данным СанПиН 2.6.1.1192-03 и НРБ 2009 максимально допустимая эффективная эквивалентная доза в год для населения составляет – 1 мЗв (1000 мкЗв) в среднем за любые последовательные 5 лет, но не более 5 мЗв в год.

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

- 1.1. Назначение Пациенту обязательного и дополнительного медицинского рентгенологического обследования зубочелюстной системы и челюстно-лицевой области осуществляется врачом-стоматологом по клиническим показаниям.
- 1.2. Для проведения качественного лечения различных заболеваний и повреждений зубочелюстной системы необходимо выполнение дентальной компьютерной томографии.
- 1.3. Право на принятие решения о проведении медицинского рентгенологического исследования имеет Пациент или его законный представитель. Пациент может отказаться от рентгенологического обследования.
- 1.4. При отказе от проведения необходимого рентгенологического исследования врачом-стоматологом не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения.
- 1.5. При получении рентгенограммы (томограммы) неудовлетворительного качества необходимо выполнение повторного рентгенологического исследования (в случаях: движения Пациента во время процедуры, большой мышечной массы и плотности тканей лица Пациента, не срабатывания должным образом аппарата и т.д.).

**1.6. Противопоказаниями к проведению медицинского рентгенологического обследования являются:**

- беременность на протяжении всего срока (при этом рентгенологические исследования выполняются только по жизненно - важным 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 исследований, связанных с большой лучевой нагрузкой; работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений.

1.7. Назначение медицинского рентгенологического обследования детям до 15 лет осуществляется только по строгим клиническим показаниям и с согласия родителей.

**2. Я обязуюсь известить лечащего врача, а также врача-рентгенолога или рентген-лаборанта о наличии вышеуказанных противопоказаний (пп. 1.6. и 1.7.) до проведения рентгенологического обследования.**

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

- 3.1. Рентгенологическое исследование осуществляется с применением исправного, сертифицированного дентального компьютерного томографа Axeos, который дает минимальную, практически безопасную дозу облучения и снижает до минимума риск возможных последствий.
- 3.2. Будут выполнены качественные рентгеновские снимки при условии выполнения мною правил позиционирования Пациента (не двигаться и не глотать во время исследования).
- 3.3. Персонал будет соблюдать контроль и меры радиационной безопасности с предоставлением мне индивидуальных средств защиты. Доза моего облучения во время исследования будет зафиксирована в моем Информационном листе и выдана мне на руки.

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

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

**Я, \_\_\_\_\_,**

**полностью уяснил(а) для себя все особенности планирующегося мне рентгенологического исследования. На выполнение мне вышеуказанного обследования, даю свое добровольное согласие.**

Дата: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2026 г.

Подпись Пациента: ✓ \_\_\_\_\_