

Киришская стоматологическая поликлиника

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на проведение компьютерной рентгенодиагностики зубочелюстной системы**

(в соответствии со ст.20 ФЗ №323
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 01.11.11 г.)

Компьютерная рентгенодиагностика (дентальная рентгеновизиография) зубочелюстной системы проводится с целью предварительной диагностики и последующего контроля хода лечения, консультаций, врачебных назначений в МП «Киришская стоматологическая поликлиника», в том числе в целях избежания дефектов пломбирования корневых каналов зуба при эндодонтическом лечении, определения рабочей длины зуба, установления наличия кариеса, глубины кариозного дефекта, в том числе на апроксимальных (межзубных) и поддесневых поверхностях, вторичного кариеса под пломбами и коронками и предотвращения его развития, оценки состояния костной ткани, в профилактических целях; выполнение плана компьютерного рентгенологического обследования (прицельный, панорамный снимки) является необходимым для качественной диагностики, консультаций, врачебных назначений и лечения.

Дентальная рентгеновизиография осуществляется посредством применения рентгеновизиографической системы, состоящей из детектора (датчика) рентгеновского изображения, помещаемого во время диагностического исследования во рту пациента, преобразователя аналогового изображения датчика в цифровое, а также персонального компьютера для приема, переработки и хранения изображений.

Преимуществом рентгеновизиографии по сравнению с традиционной пленочной рентгенографией является снижение лучевой нагрузки на пациента (до 90%) и персонала за счет кратковременности процедуры облучения (экспозиция 0,125 секунды), быстрота получения изображения, возможность его компьютерной обработки, возможность контроля хода лечения из-за низких доз облучения. К недостаткам рентгеновизиографии относятся хрупкость и повышенная толщина рентгенодиагностического датчика, наличие подводящего провода, что может затруднять позиционирование датчика в полости рта при съемке.

Компьютерное рентгенодиагностическое обследование зубочелюстной системы проводится в рамках радиовизиографического, ортопантомографического, телерентгенографического исследований.

Радиовизиографическое обследование зубочелюстной системы представляет рентгенологическое исследование зубов и окружающих их тканей посредством воздействия гамма-лучей на организм пациента, и заключается в получении прицельных рентгеновских снимков. В рамках проведения радиовизиографического исследования также проводится исследование пазух носа и функциональное исследование височнонижнечелюстного сустава (ВНЧС).

Ортопантограмма (ОПТГ) представляет собой обзорный (панорамный) рентгеновский снимок зубных рядов, дающий информацию о состоянии всей зубочелюстной системы, в том числе о состоянии временных и постоянных зубов, костной ткани челюстей, состоянии пародонта, височно-нижнечелюстных суставов, гайморовых пазух.

Телерентгенографическое исследование представляет рентгенографию, выполняемую с большого расстояния. Полученная в результате данного исследования телерентгенограмма (ТРГ) представляет рентгеновский снимок черепа (костного скелета и мягких тканей) в боковой проекции, необходимый с целью определения положения головок височно-нижнечелюстных суставов, определения угла наклона (инклинации) передних зубов верхней и нижней челюстей, направления (вектора) роста челюстно-лицевых структур, а также цефалометрии (точных измерений взаимоотношений различных отделов лицевого черепа).

Рентгенодиагностическое обследование в МП «Киришская стоматологическая поликлиника» осуществляется с применением исправной сертифицированной аппаратуры (радиовизиографа, ортопантомографа), с минимальной дозой облучения (доза ионизирующего излучения, получаемая пациентом, на 90% меньше, чем при прохождении традиционного рентгенологического исследования) и минимальным риском возможных неблагоприятных последствий. К эксплуатации компьютерной рентгенодиагностической аппаратуры допускаются сотрудники МП «Киришская стоматологическая поликлиника», прошедшие специальное обучение.

Назначение обязательного и дополнительного медицинского рентгенодиагностического обследования осуществляется врачом-стоматологом при наличии клинических показаний.

При получении рентгенодиагностического снимка неудовлетворительного 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 проч.), а также выполнение снимка в другой проекции. Кроме того, в

процессе стоматологического лечения может потребоваться дополнительное прицельное рентгенодиагностическое обследование отдельных зубов и периапикальных тканей.

При осуществлении рентгенодиагностического обследования персоналом МП «Киришская стоматологическая поликлиника» соблюдаются контроль и меры радиационной безопасности с предоставлением Пациенту индивидуальных средств защиты; доза облучения при выполнении рентгенодиагностического обследования регистрируется в Листе учёта дозовых нагрузок при проведении рентгенодиагностического обследования, который вклеивается в медицинскую карту стоматологического больного на имя Пациента.

Противопоказаниями для рентгенодиагностического обследования являются: беременность на протяжении всего срока (при отсутствии жизненных показаний), 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, рентгенодиагностическое исследование не проводится пациентам, имеющим повышенный рвотный рефлекс, ярко выраженную патологию прикуса (скрученность, неправильное положение зубов в челюсти, выдвижение их из зубного ряда наружу и внутрь полости рта).

Снимки, полученные в результате рентгенодиагностического обследования, будут храниться и использоваться только для лечения в МП «Киришская стоматологическая поликлиника».

Рентгенодиагностическое обследование лица, не достигшего 15-летнего возраста, осуществляется при наличии абсолютных клинических показаний, наличие которых определяется врачом-стоматологом, с согласия законного представителя и в его присутствии.

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.

При подписании договора возмездного оказания стоматологических услуг Пациенту (его законному представителю) вышеуказанная информация разъяснена и понятна

_____ (_____) « ____ » _____ 200__ г.
подпись Пациента (законного представителя) дата подписи

Пациент (его законный представитель) получил полную информацию об альтернативных методах обследования, гарантирует Исполнителю отсутствие у него вышеперечисленных противопоказаний для проведения рентгенодиагностического обследования и принял решение осуществить рентгенодиагностическое обследование на вышеуказанных условиях

_____ (_____) « ____ » _____ 200__ г.
подпись Пациента (законного представителя) дата подписи

Пациентом (его законным представителем) при подписании Договора заданы врачу следующие вопросы, на которые получены следующие ответы:

Вопрос: _____
Ответ: _____

Вопрос: _____
Ответ: _____

Вопрос: _____
Ответ: _____

Иные вопросы у Пациента (его законного представителя) отсутствуют вследствие полного осознания существа оказываемой стоматологической услуги

_____ (_____) « ____ » _____ 200__ г.
подпись Пациента (законного представителя) дата подписи