**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

**НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО – КОНУСНО-ЛУЧЕВАЯ**

**КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ (КЛКТ)**

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 19, 20, 22

Федерального закона РФ от 21.11. 2011г. № 323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

1. Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. пациента/законного представителя Пациента, дата рождения)

являющийся Пациентом/законным представителем Пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

настоящим подтверждаю, что проинформирован(а) врачом о предстоящем медицинском

вмешательстве – конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ)

Врач сообщил мне что, противопоказанием для проведения конусно-лучевой

компьютерной томографии является **беременность на любом сроке**.

2. Суть медицинского вмешательства:

Конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ) – это один из самых информативных методов рентгенологической диагностики при заболеваниях челюстно-лицевого аппарата. В результате КЛКТ врач получает объемные 3D изображение исследуемого участка. Использование КЛКТ в стоматологии, лор-заболеваниях, челюстно-лицевой хирургии позволяет обнаружить отклонения, поставить точный диагноз и назначить нужное лечение. Также КЛКТ является современным методом при планировании ортодонтического и ортопедического лечения челюстно-лицевой области.

Я извещен/на о том, что конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ) не требует

дополнительной (специальной) подготовки организма к исследованию.

Я предупрежден/на об опасности получения недостоверных результатов исследования, которые могут возникнуть при несоблюдении указанных рекомендаций. Я не буду возлагать ответственность на медицинскую организацию за последствия, которые могут возникнуть при нарушении мной данных рекомендаций.

Мне разъяснены основные этапы исследования. Я понял(а) в чем его смысл и не имею по этому поводу вопросов к медицинскому персоналу.

3. Я осознаю, что любое медицинское вмешательство связано с риском для здоровья.

4. Я информирован (а), что в случае возникновения каких-либо проблем, связанных с

процедурой, мне следует сразу обратиться за медицинской помощью и получить консультацию лечащего врача.

5. Я поставлен(а) в известность о существовании альтернативных методах: ортопантомография; радиовизиография.

6. Мне разъяснены состояние моего/пациента здоровья и характер медицинского вмешательства.

Содержание указанных выше медицинских действий, связанный с ними риск, возможные

осложнения и последствия мне известны. Я хорошо понял(а) все разъяснения врача.

7. Я информирован(а) о том, что могу отказаться от медицинского вмешательства. Мне подробно в доступной для меня форме разъяснены возможные последствия моего отказа (отказа представляемого) от предлагаемого медицинского вмешательства. Я осознаю, что отказ от медицинского вмешательства может привести к неправильной диагностике состояния моего здоровья (здоровья представляемого), что может повлечь неправильную тактику лечения и не позволит достичь желаемого лечебного результата.

8. Я подтверждаю, что мне была предоставлена возможность обсудить с лечащим врачом все интересующие меня и непонятные мне вопросы.

9. Настоящим я уполномочиваю медицинский персонал ФГБУ «КДЦ с поликлиникой» провести мне/пациенту медицинское вмешательство – конусно-лучевую компьютерную томографию (КЛКТ).

10. Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения мне понятны и удовлетворяют меня.

11. Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя, контактный тел.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

«\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_ г.