



## Информированное согласие на комплекс исследований, осмотр полости рта

В целях полноценного обследования, выбора методов лечения, врачу потребуется провести:

1. Опрос, выявление жалоб, сбор анамнеза с занесением информации медицинскую карту

2. Осмотр. Цель осмотра - оценка состояние слизистой полости рта, определение числа зубов, их положение, состояние зубной поверхности. Пальпация - при помощи пальцев, осязательное ощущение для определения формы, подвижности, положение, топографическое соотношение, болезненность исследуемого органа.

Перкуссия - при помощи стоматологических инструментов и открытой полости рта, легкое постукивание по различным участкам поверхности зуба.

3. Рентгенологическое исследование. Способ диагностики челюстно-лицевой области, помогающий выявить скрытую патологию и избежать ошибок при проведении стоматологических манипуляций. Радиовизиография - цифровой снимок в области одного зуба. Процедура проведения: пациент находится в положении сидя на указанном специалистом месте по отношению к аппарату, датчик аппарата устанавливается рентгенлаборантом в области исследуемого зуба и рентгеновский излучатель устанавливается на поверхности кожи лица.

Противопоказания: беременность; кормление грудью; отягощенный анамнез (пребывание в зонах радиоактивных катастроф, проведения лучевой терапии по поводу сопутствующих заболеваний - менее чем за 6 мес. до настоящего времени; работа, связанная с использованием источников ионизирующего излучения).

Лучевая нагрузка при радиовизиографии - 0.05-1.8мкЗвю

4. Инstrumentальное исследование. Использованием стоматологического зеркала и зондов, позволяет оценить состояние каждого зуба, эмали, наличие кариозных полостей, болезненность зубов, пародонта.

5. Применение цифровой внутриротовой видеокамеры (используется для визуализации и увеличения до 100 раз поверхности зубов и слизистой оболочки полости рта).

За исключением опроса, проводимого на любом приеме любого специалиста, все остальные перечисленные методы диагностики применяются при наличии соответствующих показаний и при правильном их применении:

Исключают внесение во внутреннюю среду организма болезнетворных вирусов и бактерий, чужеродных веществ. Как правило, не сопровождаются болевыми и иными неприятными ощущениями, если только их целью не ставится определение степени болезненности. Не сопровождаются рисками для здоровья. Я даю согласие на их назначение и проведение мне любым из специалистов клиники, если их проведение необходимо для постановки или уточнения моего диагноза (диагноза моего ребенка), а также выбора мероприятий по лечению. Все термины данного информированного согласия, а также цели каждой диагностической манипуляции мне понятны, на возникшие вопросы получены полные и ясные мне ответы.

Я понимаю, что факт дачи мною согласия на медицинское вмешательство имеет соответствующие юридические последствия. Я подписываю настоящее согласие на медицинское вмешательство, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Исполнителя либо иных лиц, обладая необходимой информацией для принятия решения