ИДС — Синус-лифтинг

Проект формы для проверки медицинским руководителем
К.Дент · ООО «Вайтдент». Заполняется после беседы врача с пациентом и до согласованного вмешательства.

Пациент и врач
Пациент, дата рождения _____ Дата _____
Представитель и основание полномочий _____
Врач _____

План вмешательства
Сторона, область верхней челюсти, план костной пластики.

_____

Ход процедуры
Обсудить данные обследования, вариант доступа, планируемый материал и проводится ли установка импланта одновременно или вторым этапом. Зафиксировать ожидаемую цель и этапы контроля.

Риски для данного пациента
Обсудить вероятность повреждения оболочки пазухи, кровотечения, воспаления, смещения материала и изменения первоначального плана. Указать признаки, при которых пациенту нужно связаться с хирургом.

_____

Варианты решения
Врач разъяснил возможные альтернативы, последствия отказа или отсрочки применительно к моему состоянию. Обсуждённые варианты и мой выбор:

_____

После приёма
Индивидуальные рекомендации, сроки контроля и причины внепланового обращения:

_____

Решение пациента
Мне разъяснили цель, методы, существенные риски, альтернативы и ожидаемый результат. Я мог(ла) задать вопросы и получил(а) ответы. Даю согласие на указанное выше вмешательство.
Пациент / представитель _____ Врач _____ Дата _____