ИДС — Терапия

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
Номер зуба, диагноз, восстановление коронки зуба или лечение каналов.
_____

Ход процедуры
Врач объясняет, какие ткани предстоит удалить, требуется ли местное обезболивание, как будет восстановлен зуб и понадобится ли временная пломба. При лечении каналов отдельно обсуждаются обработка, пломбирование и окончательное восстановление.

Риски для данного пациента
Обсудить чувствительность после лечения, вероятность вскрытия пульпы при глубоком кариесе, сложную анатомию каналов, перфорацию или поломку инструмента, вероятность повторного лечения. Указать риски, относящиеся к этому зубу.
_____

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 _____