ИДС — Хирургическая стоматология

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
Диагноз, участок, название и объём планируемой операции.
_____

Ход процедуры
Врач объясняет цель операции, способ обезболивания, последовательность основных этапов и необходимость швов. Конкретный вид вмешательства фиксируют до его начала.

Риски для данного пациента
Обсудить риск кровотечения, боли, отёка, инфекции и повреждения соседних структур с учётом расположения зоны операции. Записать индивидуальные факторы риска и план наблюдения.
_____

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 _____