ИДС — Имплантация

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
Область установки, количество и система имплантатов, план протезирования.
_____

Ход процедуры
Разъяснить хирургический и ортопедический этапы, порядок установки формирователя и будущей конструкции. Необходимость костной пластики или других вмешательств обсуждают и фиксируют отдельно.

Риски для данного пациента
Обсудить инфекцию, кровотечение, отсутствие остеоинтеграции, повреждение соседних анатомических структур и необходимость повторной операции. Привязать риски к зоне установки и данным обследования.
_____

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 _____