

ЛИСТ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ОЦЕНКИ РИСКОВ

Ф. И. О.: _____ Дата рождения: _____ Карта
№: _____

Вмешательство: _____ Зуб / сторона / участок: _____

Идентификация и план

☐ нет ☐ да	два идентификатора: _____
☐ нет ☐ да	диагноз и показания: _____
☐ нет ☐ да	согласие: _____
☐ нет ☐ да	снимки/исследования: _____
☐ нет ☐ да	пределы компетенции и маршрут осложнения: _____

Лекарственный риск

☐ нет ☐ да	аллергии: _____
☐ нет ☐ да	антикоагулянты/антиагреганты: _____
☐ нет ☐ да	антирезорбтивная/антиангиогенная терапия: _____
☐ нет ☐ да	глюкокортикостероиды/иммуносупрессия: _____
☐ нет ☐ да	прочие значимые препараты: _____

Соматический риск

☐ нет ☐ да	сердечно-сосудистые заболевания и давление: _____
☐ нет ☐ да	диабет: _____
☐ нет ☐ да	нарушение функции почек/печени: _____
☐ нет ☐ да	заболевания крови: _____
☐ нет ☐ да	беременность: _____
☐ нет ☐ да	инфекционный риск: _____
☐ нет ☐ да	анамнез осложнений анестезии: _____

Хирургический риск

☐ нет ☐ да	кровотечение: _____
--	------------------------

☐ нет ☐ да	близость пазухи/нерва/соседних структур: _____
☐ нет ☐ да	трудный доступ/ожидаемое сложное удаление: _____
☐ нет ☐ да	риск аспирации: _____
☐ нет ☐ да	необходимость образца/гистологии: _____
☐ нет ☐ да	необходимость госпитализации или смежной консультации: _____

Итоговый уровень риска и решение:

План гемостаза / наблюдения / маршрутизации:

Врач: _____ Подпись: _____ Дата/время:
