

 Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Домодедовская стоматологическая поликлиника» (ГБУЗ Московской области «ДСП»)			СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА		НОМЕР:	CX-005
					ЛИСТ:	1
					ВСЕГО:	2
Предоперационный приём и допуск к вмешательству			Хирургическая стоматология		Редакция №2	
ДЕЙСТВУЕТ С:		С даты утверждения	СЛЕДУЮЩИЙ ПЕРЕСМОТР: Не позднее 3 лет	ОСНОВАНИЕ: приказ № 78-СОП от 17.07.2026 (ред. 19.10.2026)		
ДАТА РЕДАКЦИИ: 19.10.2026						
РАЗРАБОТАЛ: Врач-стоматолог-хирург А. Ф. Шарганов			СОГЛАСОВАНО: Главная медицинская сестра В. В. Шаргель			
ПРОВЕРИЛ: Исполняющий обязанности заместителя главного врача по лечебной работе В. В. Савилов			УТВЕРДИЛ: Главный врач М. М. Каюгин			

Область применения: Применяется перед любым плановым или срочным амбулаторным хирургическим стоматологическим вмешательством.

Ожидаемый результат: Врач зафиксировал одно из четырёх решений: вмешательство можно выполнить по плану; план нужно изменить; вмешательство нужно отложить; пациента нужно направить на другой уровень помощи.

Перед началом

- Получить актуальную медицинскую карту, снимки и заключения.
- При срочном обращении сначала исключить угрозу дыханию, тяжёлую инфекцию, активное кровотечение и декомпенсацию сопутствующего заболевания.

Что подготовить

- Заполненный анамнез и перечень постоянных лекарств.
- Достаточные для плана лучевые исследования.
- Форма информированного добровольного согласия на планируемое вмешательство.

Как выполнять

1. **Подтвердить пациента.** Назвать вслух фамилию, имя, отчество и дату рождения; сверить их с картой и снимками.
2. **Подтвердить диагноз и участок.** Сопоставить жалобы, осмотр, зубную позицию, сторону и актуальное изображение. При сомнении исследование дополнить.
3. **Оценить общий риск.** Уточнить аллергии, реакции на анестезию, сопутствующие заболевания, беременность, принимаемые препараты и нарушения гемостаза.
4. **Определить уровень помощи.** Соотнести объём, продолжительность и риск с компетенцией команды, оснащением и возможностью амбулаторного наблюдения.
5. **Обсудить лечение.** Объяснить цель, этапы, альтернативы, значимые риски, ожидаемое восстановление и маршрут при осложнении. Получить согласие до начала вмешательства.
6. **Составить план.** Записать участок и сторону, объём, способ обезболивания, вид стола, состав команды, специфические материалы, резервный вариант и срок контроля.

Если план нужно изменить

Ситуация	Действие
Нет достаточного снимка	Не начинать необратимый этап; дополнить диагностику.
Нужна консультация	Сформулировать конкретный вопрос врачу соответствующего профиля; до ответа не менять его лекарства и не начинать плановую операцию.

Когда остановиться и изменить план

- Не совпадают пациент, карта, снимок, зубная позиция или сторона.
- Нет документированного показания или согласия.
- Общее состояние не позволяет безопасно выполнить план.
- Ожидаемый объём выходит за пределы амбулаторного этапа, компетенции или оснащения.

 ГБУЗ Московской области «ДСП»	СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА	НОМЕР: CX-005
		ЛИСТ: 2
		ВСЕГО: 2
Предоперационный приём и допуск к вмешательству	Хирургическая стоматология	Редакция №2

Что записать

- Жалобы, диагноз, зубная позиция и сторона.
- Значимые данные анамнеза, лекарства и аллергии.
- Исследования, оценка риска и обоснование решения.
- Содержание плана и факт получения согласия.

Основание

- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
- Приказ Минздрава России от 31.07.2020 № 786н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях» в действующей редакции.
- Приказ Минздрава России от 12.11.2021 № 1051н в действующей редакции.
- Клинические рекомендации по установленному диагнозу в действующей редакции.

Контрольный лист документа

Роль	Должность и фамилия, имя, отчество	Подпись	Дата
Утвердил	Главный врач М. М. Каюгин		
Разработал	Врач-стоматолог-хирург А. Ф. Шарганов		
Согласовано	И. о. заместителя главного врача по лечебной работе В. В. Савилов		
Согласовано	Главная медицинская сестра В. В. Шаргель		

Лист ознакомления

№	Фамилия, имя, отчество	Должность	Дата	Подпись
1				
2				
3				
4				
5				

Связанные формы и записи

Медицинская карта пациента; Хирургический чек-лист удаления зуба, имплантации или другого вмешательства.