



| | | | |
|---|---|--|----------------|
| Наименование структурного подразделения: | Отделение специализированной помощи | | |
| Названия документа: | СОП «Правила хирургической безопасности» | | |
| Утвержден: | Руководитель ГКП на ПХВ «ЛГП» Чалкаров А.Б. | | |
| Дата утверждения: | | | |
| Разработчик: | <i>Должность</i> | <i>Ф.И.О.</i> | <i>Подпись</i> |
| | Заместитель гл.врача по лечебному делу | Анаркулова У.О. | |
| | Заведующий отделением | Садыков Г.Б. | |
| Согласовано: | Заместитель гл.врача по ОМД | Кабылбеков Г.К. | |
| | Заместитель гл.врача по контролю качества мед.услуг | Рысбаев С.Т. | |
| | Врач эксперт | | |
| Дата согласования: | 04.01.2024г. | | |
| Дата введения в действие | 04.01.2024г. | | |
| Версия № | Копия № _____ | 04 /01 _____ / 2024г. Ф.И.О. _____ Подпись _____ | |

Дата последнего пересмотра « 04 » « 01 » 2024г

Дата следующего пересмотра « _____ » « _____ » 2027г



Правила хирургической безопасности

(правильный участок тела, правильная процедура и правильный пациент)

1. Цель

Повышение безопасности пациентов при хирургических и инвазивных манипуляциях путем обеспечения правильности пациента, правильности процедуры и правильности место оперативного вмешательства во время инвазивной процедуры или операции пациентам ГКП на ПХВ «Ленгерская Городская поликлиника» УЗ Туркестанской области (далее –Поликлиника) для снижения риска ошибок.

2. Область применения.

Правила распространяются на все кабинеты Поликлиники, где проводится хирургическое вмешательство или инвазивная процедура высокого риска (например, стоматологическая процедура, эндоскопическая процедура) или не инвазивная процедура высокого риска.

3. Исключения:

- 1) Маркировка и тайм-аут не применимы и не проводятся при инъекциях (внутривенных, внутримышечных и пр.), постановке внутривенных систем в дневном стационаре и при небольших процедурах, требующих информационного согласия.
- 2) Маркировка не проводится и не применима:
 - а) если невозможно нанести маркировку: зубы (но в документах обозначается зуб), ректальные и вагинальные процедуры;
 - б) если не предполагается разрез или инвазия (эндоскопия).

4. Термины, определения и сокращения

- 1) *Хирургическое вмешательство. хирургическая помощь, оперативное вмешательство^ или операция* - это проведение инвазивной лечебно-диагностической процедуры, которая подразумевает разрез, надрез, удаление изменение, или введение лечебно-диагностических инструментов в организм человека.
- 2) *Маркировка тела* - визуальное обозначение места оперативного вмешательства или инвазивной процедуры.
- 3) *Тайм-аут* - краткая пауза с участием всех членов команды; проводится непосредственно перед началом инвазивной манипуляции, процедур высокого риска или операции. Тайм-аут позволяет разрешить необсужденные вопросы или непонятную ситуацию. Тайм-аут проводится в комнаты, где будет произведена процедура непосредственно перед ее началом. Иницирует и устно проводит тайм-аут оперирующий хирург (врач), документировать тайм-аут имеет право другое лицо.



- 4) *Предоперационная верификация* - проверка по чек-листу готовности к операции по пунктам: взято ли информированное согласие на процедуру, правильно ли выбрано и обозначено место процедуры, правильно ли определена процедура, правильно ли идентифицирован пациент, готовы и исправны ли необходимые документы, инструменты и оборудование.
- 5) *Процедура высокого риска* – это процедуры, при которых требуется проведение тайм -аут и получение информированного согласия. Например, стоматологическая процедура, эндоскопическая процедура.

5. Ответственность

- 1) Медицинский персонал Поликлиники несет ответственность за выполнение настоящих Правил. Если произошла ошибка или почти –ошибка, сотрудник должен подать «Отчет об инциденте » в службу поддержки пациента и внутренней экспертизы(можно анонимно).
- 2) Заведующий отделением несет ответственность за выполнение настоящих Правил врачами отделения
- 3) Врачи стоматологи заполняют специальную форму тайм –аута непосредственно в программе Дамумед.
- 4) Врачи, проводящий процедуру высокого риска, несет ответственность за :
 - a) получение информационного согласия перед процедурой, указанной в Приложении 1 к настоящим Правилам;
 - b) маркировку участка тела заранее перед процедурой высокого риска, если применимо;
 - c) предоперационную верификацию до процедуры высокого риска;
 - d) проведение тайм-аут непосредственно перед процедурой высокого риска.

6. Предоперационная верификация

- 1) Предоперационная верификация проводится с целью проверки готовности пациента к процедуре врачом, который будет проводить процедуру высокого риска.
- 2) Для процедур высокого риска (например, в отделении эндоскопии) документируется врачом до процедуры в форме «Предоперационная верификация и тайм-аут» (см. Приложение 1).

7. Маркировка операционного участка

- 1) Маркировку тела должен произвести врач, выполняющий инвазивную процедуру высокого риска.
- 2) Список процедур высокого риска, подлежащих маркировке, указан в Приложении 1. Маркируются на теле пациента процедуры в случаях: латеральности (возможны варианты правое или левое - например, руки, ноги,



уши и т.п.), множественных структур или уровней (пальцы, фаланги, позвонки).

- 3) Маркировка тела документируется в амбулаторной карте пациента.
 - а) По возможности, маркировка проводится с участием пациента или лица по уходу.
 - 4) В случаях, когда отметить место оперативного вмешательства не представляется возможным (например, удаление зуба), маркировка
 - 5) Перед маркировкой пациент идентифицируется по Ф.И.О. и дате рождения (устно и по медицинской документации)
 - 6) Способ маркировки: фломастер, при его отсутствии - ручка канцелярская или аккуратно нанесенный бриллиантовый зеленый. Маркировка должна быть легкоузнаваемым, видимой после обработки и использования одежды, простыней и салфеток.
 - 7) Изображение маркировки: в виде линии (если ожидается надрез) либо круга (если точечное) для обозначения места предполагаемого доступа.
 - 8) Обозначать место вмешательства знаком «X» запрещается!

8. Процедура тайм-аут:

- 1) Тайм аут проводится в комнате, где будет произведена инвазивная процедура высокого риска врачом, который будет проводить процедуру высокого риска.
- 2) Список процедур высокого риска, перед которыми должен проводиться тайм аут, указан в Приложении 1.
- 3) Документация в медицинской карте:
 - а) В форме «Лист Предоперационной верификации и тайм аут» (см Приложение)
 - 4) Перед началом процедуры оперирующий хирург (врач, производящий процедуру высокого риска) проводит тайм аут (произносит: «Стоп! Тайм –аут!») с участием всей присутствующей команды, подтверждает документирует:
 - а) Правильность пациента (и идентификация по ФИО и дате рождение;
 - б) Правильность участка тела (места)-если приемлемо проведена
 - с) Правильность процедуры по названию;
 - д) Верификация готовности к процедурно по чек листу (готовы ли инструменты или инвентарь, материалы, необходимые документы, если применимо, проведены ли необходимые лабораторные и диагностические исследования)
 - е) Присутствие и готовность всех членов команды.
 - 5) Не разрешается начинать процедуру, если не готовы все необходимые исследования, предметы или если сотрудники устно не подтвердили готовность.

9. Послеоперационная сверка



- 1) Перед тем, как пациент покинет помещение, в котором была выполнена хирургическая/инвазивная процедура, проводится процесс послеоперационной сверки, которая проводится медицинской сестрой, где она устно подтверждает:
 - a) наименование хирургической/инвазивной процедуры, которая была записана.
 - b) заполнить раздел «Послеоперационная сверка» (Приложение 2).
 - c) маркировка образцов биоматериала (если образцы находятся при послеоперационной сверке, названия образцов включая идентификацию пациента, читаются вслух).
 - d) какие-либо проблемы с оборудованием возникшие в процессе процедуры или после ее окончания, *если применимо*.

10. Нормативные ссылки

- 1) Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК «О здоровье народа и системе здравоохранения».
- 2) Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № Кр ДСМ-175/2020 «Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения».
- 3) Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 ноября 2021 года «Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций» № ҚР ДСМ – 111;
- 4) Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 марта 2023 года «Об утверждении стандарта организации оказания хирургической (абдоминальной, торакальной, колопроктологической) помощи в Республике Казахстан» № 41.

Указание условия пересмотра СОП: Пересмотр СОП проводится 1 раз в 3 года или при появлении новых требований.

Международные цели по безопасности пациентов 4 Правила маркировки операционного участка и проведения тайм-аут

Отделение: _____

| № | Описание | Да | Нет | Частично | Комментарии |
|---|----------|----|-----|----------|-------------|
|---|----------|----|-----|----------|-------------|



| | | | | | |
|----|---|--|--|--|--|
| 1. | До хирургического вмешательства, заполнен <u>Лист верификации</u> и проделан <u>тайм-аут</u> (с целью подтвердить правильность процедуры, правильность места и локализации вмешательства и правильность пациента) | | | | |
| | Оперлируемая часть была промаркирована (или нарисована на рисунке в листе «Предоперационной верификации») с участием пациента (при бодрствующем пациенте) | | | | |
| | Правильно заполнен лист «Предоперационной верификации» | | | | |
| | «Тайм-аут» был использован перед инвазивными радиологическими процедурами. | | | | |
| | «Тайм аут» был применен перед эндоскопическими процедурами | | | | |
| | «Тайм аут» был применен перед другими инвазивными процедурами высокого риска | | | | |
| | «Тайм аут» был применен перед операцией | | | | |
| | Правильно записана процедура «Тайм аут» (указаны все пункты, имеются все подписи) | | | | |
| 2 | До завершения операции/налож. швов подсчитаны инструменты, марли, лезвии, иглы и др. и заполнены все пункты и имеется подпись медсестры | | | | |
| 3 | Опрос сотрудников (не менее 3 сотрудников) на знание стандарта | | | | |

Кем проведена проверка: _____

(Ф.И.О., подпись)

дата: ____ / ____ / 201__ г. время: ____ : ____



Приложение 1к
Правилам маркировки
операционного участка и
проведения тайм-аут

Процедуры высокого риска

| № | Название процедуры | Анес Е.1 | Мар К.2 | Тайм Аут3 | Мониторинг состояния пациента и документация |
|---|---|-------------|------------|--------------|---|
| 1 | Первичная хирургическая обработка раны | +/- | - | + | До начала процедуры : оценка состояния врачом; В течение : оценка состояния врачом ; После оценка состояния врачом, признаки местного кровотечения. |
| 2 | Вскрытие гематомы | + | + | + | До начала процедуры : оценка состояния врачом; В течение : оценка состояния врачом ; После оценка состояния врачом, признаки местного кровотечения. |
| 3 | Удаление / коррекция ногтевой пластинки | + | + | + | До начала процедуры : оценка состояния врачом; В течение : оценка состояния врачом ; После процедуры - оценка состояния врачом, признаки местного кровотечения. |
| 4 | Удаление липомы | + | + | + | До начала процедуры : оценка состояния врачом; В течение : оценка состояния врачом ; После процедуры - оценка состояния врачом, признаки местного кровотечения. |
| 5 | Иссечение лигатурного свища | + | - | + | До начала процедуры : оценка состояния врачом; В течение : оценка состояния врачом ; После процедуры - оценка состояния врачом, признаки местного кровотечения. |
| 6 | Иссечение эпителиального копчикового хода | + | + | + | До начала процедуры : оценка состояния врачом; В течение : оценка состояния врачом ; После процедуры - оценка состояния врачом, признаки местного кровотечения. |
| 7 | Диатермокоагуляция кожной патологии и новообразований | + | + | + | До начала процедуры : оценка состояния врачом; В течение : оценка состояния врачом ; После процедуры - состояния врачом, признаки местного кровотечения. |
| 8 | Атеромотомия /эктомия | + | + | + | До начала процедуры : оценка состояния врачом; |

Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа



| | | | | | |
|---|--|---|------------|-----|--|
| | | | | | В течение : оценка состояния врачом ; После процедуры - оценка состояния врачом, признаки местного кровотечение. |
| 9 | Биопсия кожи и/ или подкожной клетчатки + | + | + | + | До начала процедуры : оценка состояния врачом; В течение : оценка состояния врачом ; После процедуры - оценка состояния врачом, признаки местного кровотечение. |
| 10 | Вскрытие панариция, фурункула, карбункула, флегмоны, гидраденита | + | - | + | До начала процедуры : оценка состояния врачом; В течение : оценка состояния врачом ; После процедуры - оценка состояния врачом, признаки местного кровотечение. |
| 11 | Вскрытие абцесса мягких тканей | + | + | + | До начала процедуры : оценка состояния врачом; В течение : оценка состояния врачом ; После процедуры - оценка состояния врачом, признаки местного кровотечение. |
| 1- необходимо анестезия или седация по решению врача 2- необходимо маркировка участка тела 3- необходимо документированный тайм аут | | | | | |
| Стоматология | | | | | |
| 1 | Операция и манипуляция в полости рта | + | +в КМИС | + | До начала процедуры: оценка состояния пациента После процедуры: оценка состояния пациента |
| 2 | Пункция сустава | + | + | + | До начала процедуры : оценка общего состояния . В течение : опрос (головокружение, ощущения). После процедуры: опрос (головокружение, ощущения) |
| 3 | Вправление перелом, вывихов | + | + | + | До начала процедуры : оценка состояния врачом; В течение : оценка состояния врачом ; После процедуры - оценка состояния врачом, признаки местного кровотечение. |
| 4 | Наложение гипсовых повязок | | + | +/- | До начала процедуры : оценка состояния врачом; В течение : оценка состояния врачом . |
| 5 | Внутрисуставное введение лекарственных | + | + | + | До начала процедуры : оценка состояния врачом; |



| | | | | | |
|----|---|-----|---|-----|--|
| | средств | | | | В течение : оценка состояния врачом . |
| 6 | Закрытая репозиция костных отломков | + | + | + | До начала процедуры : оценка состояния врачом; В течение : оценка состояния врачом . |
| 7 | Тонкоигольная биопсия | +/- | + | + | До начала процедуры : оценка состояния пациента; В течение : оценка состояния пациента . |
| 8 | Трепанобиопсия под УЗИ контролем | +/- | + | + | До начала процедуры : оценка состояния пациента, аллергоанамнез.; В течение : оценка состояния врачом ; После процедуры - оценка состояния врачом, признаки местного кровотечения. |
| 10 | Диатермокоагуляция шейки матки | +/- | - | + | До начала процедуры : оценка состояния , аллергоанамнез. После процедуры - оценка состояния врачом, признаки местного кровотечения. |
| 11 | Извлечение внутриматочного контрацептива (крючком/кюреткой) | +/- | - | | До начала процедуры : оценка состояния врачом; После процедуры - оценка состояния врачом, признаки местного кровотечения. |
| 12 | Ведение внутриматочного контрацептива | +/- | - | +/- | До начала процедуры : оценка состояния врачом; После процедуры - оценка состояния врачом, признаки местного кровотечения. |
| 13 | Взятие мазка на флору и онкоцитологию | +/- | - | | До начала процедуры : оценка состояния врачом; После процедуры - оценка состояния врачом, признаки местного кровотечения. |
| 14 | колоноскопия | +/- | - | +/- | До начала процедуры : оценка состояния врачом; После процедуры - оценка состояния врачом, признаки местного кровотечения. |
| 15 | Промывание мочевого пузыря | + | - | + | До начала процедуры : оценка состояния пациента. После процедуры - оценка состояния пациента. |
| 16 | Взятие секрета простаты | + | - | + | До начала процедуры : оценка состояния пациента. После процедуры - оценка состояния пациента. |



| | | | | | |
|----|-----------------------|---|---|-----|--|
| 17 | Массаж простаты | + | - | +/- | До начала процедуры : оценка состояния пациента. После процедуры - оценка состояния пациента. |
| 18 | Инстиллякия уретры | + | - | | До начала процедуры : оценка состояния пациента. После процедуры - оценка состояния пациента. |
| 19 | Вправление парафимоза | + | - | | До начала процедуры : оценка состояния пациента. После процедуры - оценка состояния пациента. |
| 20 | Циркумцизия | + | + | | До начала процедуры : оценка состояния пациента. После процедуры - оценка состояния пациента. |

Приложение 2
к Правилам маркировки операционного участка
и проведения тайм аут

Форма –Лист предоперационной верификации и тайм аут

№ мед карты амбулаторного пациента: № _____

Ф.И.О. пациента: _____ Дата рождения _____

Лист предоперационной верификации и тайм аут

Идентификация пациента по ФИО и дате рождения проведена: Да Нет

Письменное информационное согласие на процедуру взято: Да Нет

Необходимые лабораторные и инструментальные исследования проведены, пациент подготовлен:
 Да Нет

Необходимые инструменты, ИМН, ЛС, в наличии есть, готовы, исправны: Да Нет

Если применимо:

Маркировка тела проведена: Да Нет

Врач произнес: «Стоп! Тайм -аут!» и подтвердил вслух правильность пациента, названия процедуры, участка тела (места) : Да Нет

Предоперационную верификацию / маркировку/ тайм –аут провел(а):

Фамилия, инициалы _____

Время: _____ ч _____ мин

Дата: _____ / _____ /20 ____ г



Послеоперационная сверка

(проводится после завершения манипуляции, до ухода пациента из кабинета, где проводилась манипуляция)

Медицинская сестра выполняет сверку совместно с врачом: процедура записана

Все инструменты, расходный материал, изделия медицинского назначения пересчитаны:

Да Нет Не применимо

Образцы промаркированы (биопсия/ мазок): Да Нет Не применимо

Имелись проблемы с оборудованием: Да Нет **если Да, то необходимо заполнить**

Отчет об инциденте

Другие вопросы: _____

После манипуляционную сверку провел(а) _____

(фамилия, инициалы, подпись)

Время: _____ ч _____ мин.

Дата: _____ / _____ / 20__ г

Лист регистрации изменений

| № | № раздела, пункта стандарта, в которое внесено изменение | Дата внесения изменения | ФИО лица, внесшего изменения |
|---|--|-------------------------|------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



Лист ознакомления

| № | Фамилия И.О. | Должность | Дата | Подпись |
|----|-----------------|---------------|------------|-----------------|
| 1 | Шокибаев Г | мр.с | 04.01.2024 | Шокибаев Г |
| 2 | Абдиева З.С | мед.сестра | 04.01.2024 | Абдиева З.С |
| 3 | Тотайбева А | мед.сестра | 04.01.2024 | Тотайбева А |
| 4 | Хампакуров | мед.сестра | 04.01.2024 | Хампакуров |
| 5 | Ирмистова А | анушер | 04.01.2024 | Ирмистова А |
| 6 | Абдиева О.А | врач | 04.01.2024 | Абдиева О.А |
| 7 | Умарова А.А | уч.м/с | 04.01.2024 | Умарова А.А |
| 8 | Жаракеева Р.Т | от.м/с | 04.01.2024 | Жаракеева Р.Т |
| 9 | Султамбетов С.А | Технический | 04.01.2024 | Султамбетов С.А |
| 10 | Абдиева Г.З | сиделка | 04.01.2024 | Абдиева Г.З |
| 11 | Абдиева М | стол.м/с | 04.01.24 | Абдиева М |
| 12 | Обидова А.О | стоматолог | 04.01.24 | Обидова А.О |
| 13 | Торшибаева С.И | стом.зуб.врач | 04.01.24 | Торшибаева С.И |
| 14 | Мунпарова М | стол.м/с | 04.01.24 | Мунпарова М |
| 15 | Абдиева З | стол.м/с | 04.01.24 | Абдиева З |
| 16 | Абдиева А.А | стол.м/с | 04.01.2024 | Абдиева А.А |
| 17 | Сағрбаев.В.Н. | стоматолог | 04.01.2024 | Сағрбаев.В.Н. |
| 18 | Шокибаев Г.К | кзр.м/с | 04.01.2024 | Шокибаев Г.К |
| 19 | Клибаева А.И | мед.сестра | 04.01.2024 | Клибаева А.И |
| 20 | Ибрагимов Г.И | мр.м/с | 04.01.2024 | Ибрагимов Г.И |
| 21 | Ибрагимов Б.Т | терапевт | 04.01.2024 | Ибрагимов Б.Т |
| 22 | Абдиева Р.В | мед.сестра | 04.01.2024 | Абдиева Р.В |
| 23 | Абдиева М | мед.сестра | 04.01.2024 | Абдиева М |
| 24 | Жаракеева Ф | мед.сестра | 04.01.2024 | Жаракеева Ф |
| 25 | Ибрагимов И | мр.м/с | 04.01.2024 | Ибрагимов И |
| 26 | Ибрагимов С | мр.с | 04.01.2024 | Ибрагимов С |

