



Наименование структурного подразделения:	Специализированная отделения		
Названия документа:	СОП «По безопасности хирургии. Правила предоперационной верификации и процесс маркировки участка хирургической и инвазивной процедуры»		
Утвержден:	Руководитель ГКП на ПХВ «ЛГП» Чалкаров А.Б.		
Дата утверждения:			
Разработчик:	<i>Должность</i> *	<i>Ф.И.О.</i>	<i>Подпись</i>
	Заведующий зав отделением	Садыков Г.Б.	
	Хирург врачи	Арыстанбаев Р.Т. Тенлибаев Е.А.	
Согласовано:	Заместитель гл.врача по лечебному делу	Анаркулова У.О.	
	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



1. Содержание.

1. Содержания	3
2. Сокращения	3
3. Пользователи СОП	3
4. Определение	3
5. Цель	4
6. Алгоритм стандартных действий и/или операций	4
7. Требования к выполнению стандарта операционной процедуры	6
8. Описание стандартных действий и/или операций	7
9. Документирование процедуры	8
10. Индикаторы эффективности выполнения СОП	8
11. Организационные аспекты разработки СОП	8
12. Указание условий пересмотра СОП	8
13. Список Использований литературы	8
Приложение 1. Контрольный лист манипуляции	9
Приложение 2. Предоперационной верификации стоматолога	10
Лист регистрации изменений и дополнений	12
Лист ознакомления	13
Лист учета периодических проверок	14

2. Сокращение

На настоящем СОП используются следующие сокращения:

ОМК - отдел менеджмента качества и безопасности пациентов;

СОП - стандарт операционной процедуры;

МЦБП - международные цели безопасности пациентов.

3. Пользователи СОП

Настоящий СОП распространяется на врачебной и сестринской персонал клинических структурных подразделений МО, оказывающий хирургические, инвазивные манипуляции, процедуры высокого риска.

4. Определение

На настоящем СОП используются следующие определения:

- 1) Инвазивная процедура – медицинская процедура, связанная с проникновением через естественные внешние барьеры организма (кожа, слизистые оболочки) и естественные анатомические отверстия. Примером простейшей инвазивной процедуры является любая инъекция, а самой сложной- хирургическая операция.
- 2) Манипуляция - хирургические, эндоскопические, стоматологические процедуры.



- 3) Хирургическая операция (оперативное вмешательство) - комплекс воздействий на ткани или органы человека, проводимых врачом с целью лечения, диагностики, коррекции функций организма, выполняемый с помощью различных способов разъединения, перемещения и соединения тканей.
- 4) Процедура высокого риска — это медицинские процедуры, не связанные с рассечением или проникновением в полости организма, но выполнение которых сопряжено с высоким риском возникновения непредвиденных обстоятельств и осложнений (исследования с введением контрастного вещества).
- 5) Верификация — проверка, подтверждение тот ли пациент, та ли процедура, тот ли участок/орган хирургического вмешательства, исправность необходимого оборудования, проверка на аллергию, подсчет расходного материала.
- 6) Маркировка тела-визуальное обозначение места оперативного/инвазивного вмешательства.
- 7) Тайм-аут^- короткая пауза непосредственно перед выполнением хирургической или другой процедуры (перед самым разрезом операционного участка), в ходе которой всей бригадой уточняются вопросы о пациенте, манипуляции и месте проведения процедуры. Тайм-аут позволяет разрешить какие-либо необсужденные вопросы или непонятную ситуацию. Даже если манипуляцию проводит один человек, необходима пауза для уточнения пациента, манипуляции и месте проведения процедуры.
- 8) Сайн-аут - короткая пауза до ухода из комнаты операции/манипуляции, во время которой подтверждается название хирургической/инвазивной процедуры, которая была записана/написана; проводится подсчет инструментов, шовного и перевязочного материала, медицинских изделий (если применимо); уточняется маркировка образцов (когда образцы присутствуют в процессе выхода из системы, этикетки читаются вслух, включая имя пациента); фиксируются любые проблемы с оборудованием, которые необходимо решить (если применимо). Сайн-аут проводится на том месте, где была выполнена процедура до ухода пациента. Никто из членов команды не покидает комнату до окончания верификации.

5. Цель

Стандартизация процесса верификации и тайм-аута для оказания качественных и безопасных инвазивных услуг путем обеспечения правильности пациента, правильности процедуры и правильности участка оперативного вмешательства в клинических структурных подразделениях МО.

6. Алгоритм стандартных действий и/или операций



6.1 Требования к выполнению СОП

2. Руководители структурных подразделений МО стационарозамещающей помощи, амбулаторной хирургии, ПМСП, ядерной медицины и лучевой диагностики, лечебно-консультационного центра, анестезиологи, врачи, средний медицинский персонал, оказывающие инвазивные процедуры, малоинвазивные операции, ответственны за проведение верификации, тайм-аута и сайн-аута перед операциями и инвазивными манипуляциями.

6.2 Описание стандартных действий и/или операций

Все пациенты МО, которым планируется проведение инвазивных манипуляций, должны подвергаться корректной идентификации, а также верификации участка вмешательства.


Перед проведением инвазивных манипуляций проводится идентификация пациента по Ф.И.О, числу, месяцу и году рождения согласно Правилам идентификации пациентов.

Врач, проводящий операцию или процедуру высокого риска несет ответственность за:

- 1) Получение информированного согласия перед процедурой высокого риска или операцией;
- 2) Составление предоперационного эпикриза перед операцией. Исключение: для инвазивных процедур и первичной хирургической обработки раны, в родильном зале при акушерских манипуляциях (ушивание разрывов) Предоперационный эпикриз требуется;
- 3) Маркировку участка тела заранее перед операцией/ инвазивной процедурой :плановым больным - перед операцией или накануне операции, при необходимости неотложного вмешательства - как можно раньше до операции. Маркировка тела проводится до поступления пациента в операционную комнату.
- 4) Пред операционную верификацию до операции/ инвазивной процедуры (для операций в стационаре проводится накануне до операции);
- 5) Проведение тайм-аута непосредственно перед операцией/ инвазивной процедурой.

Сестринский персонал и младший медицинский персонал несет ответственность за:

- 1) Подготовку пациента к операции (бритье, купание) (в клиническом отделении круглосуточного стационара);
- 2) За сверку готовности пациента к операции/процедуре (пациент идентифицирован, побрит, маркирован, заполнены все пункты формы «Листа предоперационной верификации тайм-аута»).

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
		Система менеджмента качества	Версия: 1

Операционная медицинская сестра несет ответственность за подсчет мягкого и твердого инвентаря (иглы) до ушивания операционной раны. Документация подсчета может проводиться сестрой -анестезисткой.

Маркировка проводится во всех случаях, когда:

- 1) процедура подразумевает определение латеральности (левый/правый)
- 2) операция предполагает множество структур и уровней (позвоночный столб, фаланги пальцев рук и ног);

Маркировка тела должна быть произведена лицом, которое будет осуществлять процедуру. Пациент должен вовлекаться в процесс маркировки операционного поля.

Способ маркировки: фломастер для тела, при его отсутствии - ручка канцелярская или аккуратно нанесенный бриллиантовый зеленый. Маркировка должна быть легкоузнаваемой, видной после обработки и использованной одежды, простыней и салфеток.

Для маркировки операционного поля используется сплошная линия. Обозначать место вмешательства знаком «X» запрещается!

В случаях, когда отметить место оперативного вмешательства не представляется возможным (например, глаза в офтальмологии), маркировка производится чуть выше/ниже предполагаемого разреза (например, веки).

Участок тела обозначается с участием пациента, детей идентифицируются с помощью родителей или законных представителей.

Маркировка операционного поля не применима и не проводится:


- 1) венепункция, подкожные и внутримышечные инъекции внутривенные вливания.
- 2) для процедур или операций на непарном единственно органе(проктология, перегородка носа);
- 3) если невозможно нанести маркировку: зубы (но в документа обозначается зуб), ректальные и вагинальные процедуры;
- 4) если не предполагается разрез или инвазия (цистоскопа бронхоскопия, ларингоскопия).

Тайм-аут проводится при всех проводимых хирургических инвазивных вмешательствах в операционном блоке, а также вне операционного блока.

Тайм-аут в МО проводится при:

- 1) хирургических операциях;
- 2) диагностических исследованиях с применением седации;
- 3) эндоскопических процедурах;
- 4) стоматологических манипуляциях.

Тайм-аут проводится непосредственно перед процедурой с участием всей бригады. Тайм-аут проводит и документирует медицинская сестра- анестезистка согласно Приложению 1 к настоящим Правилам. Либо согласно Приложению 2 к настоящим Правилам (для челюстно-лицевых, стоматологических процедур ,операций).

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
		Система менеджмента качества	Версия: 1

Во время тайм-аута бригада подтверждает следующие компоненты:

- 1) Правильная идентификация пациента;
- 2) Правильность проводимой процедуры;
- 3) Правильность маркировки хирургической/инвазивной процедуры

Сайн-аут проводится на том месте, где была выполнена процедура до ухода пациента. Никто из членов команды не покидает комнату до окончания верификации.

Компоненты сайн-аута устно подтверждаются членом команды обычно медсестрой:

- 1) название хирургической / инвазивной процедуры, которая был* записана /написана;
- 2) завершение подсчета инструмента, шовного и перевязочного материала медицинских изделий (если применимо);
- 3) маркировка образцов (когда образцы присутствуют в процессе выход* из системы, этикетки читаются вслух, включая имя пациента);
- 4) любые проблемы с оборудованием, которые необходимо решить (если применимо).


Сайн-аут проводит и документирует медицинская сестра - анестезистка в Контрольном листе манипуляции согласно Приложению 1 к настоящим Правилам. Для челюстно-лицевых стоматологических процедур, операций в контрольном листе манипуляции согласно Приложению 2 к настоящим Правилам.

Завершение сайн-аута документируется и включает дату и время его окончания.

§ 1 Верификация пациента до манипуляции

Верификация проводится с целью проверки пациента и соответствие запланированной манипуляции с медицинской потребностью! пациента при подготовке пациента к манипуляции. Пациентом и медицинской сестрой-анестезисткой заполняется контрольный лист манипуляции (далее Лист) согласно Приложению 1 и 2 к настоящим Правилам, где пациент подтверждает следующее:

- 1) личность пациента,
- 2) запланированную манипуляцию.
- 3) процедурный участок/орган,
- 4) информированное согласие,
- 5) участок процедуры обозначен,
- 6) анестезиологическое оборудование исправно и готово к работе, оборудование для манипуляции исправно и готово,
- 7) наличие импланта (если применимо),
- 8) оборудование и лекарственные средства первой помощи (кислород, дефибриллятор др.) исправно и готово,
- 9) подтверждение проверки пациента на аллергию и риск седации;

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
		Система менеджмента качества	Версия: 1

- 10) проверка /пересчет перевязочного и шовного материала, изделий медицинского назначения до проведения процедуры.

После проведения верификации до манипуляции медицинская сестра ставит свою подпись и время. Если медицинская сестра обнаружила какое-либо несоответствие при верификации (не проведена проба на аллергию и др.) или если сотрудники устно не подтвердили готовность, то она вправе отменить манипуляцию до приведения в соответствие с требованиями и всех необходимых пунктов.

§ 2 Предоперационная и прединвазивная верификация

Предоперационная верификация проводится с целью проверки готовности пациента к операции ли процедуре врачом, который будет проводить операцию и ли инвазивную процедуру с заполнением формы «Лист предоперационной верификации и тайм-аут» (см. Приложения 3,4).

Для операций в операционном блоке форма документируется врачом за ранее до операции (можно накануне-задень), и врач оценивает готовность по пунктам, если применимо:

- 1) Предоперационный диагноз;
- 2) Письменное информированное согласие на операцию;
- 3) Письменное информированное согласие на анестезию;
- 4) Лабораторные исследования;
- 5) Электрокардиограмма;
- 6) Рентгенологические исследования;
- 7) Осмотр анестезиологом;
- 8) Премедикация;
- 9) Катетеризация центральных венозных сосудов;
- 10) Определена групповая и резус-принадлежность крови;
- 11) Готовность имплантатов;
- 12) Готовность препаратов крови.


Для вмешательств вне операционного блока форма документируется врачом до проведения процедуры (в день проведения процедуры) в форме «Лист предоперационной верификации и тайм-аут (вне операционного блока)».

Сестринский персонал операционного блока при приеме пациента из клинического отделения документирует сверку готовности пациента к операции в форме Передача пациента по схеме «СПОР».

§ 3 Верификация пациента перед манипуляцией (Тайм-аут)

При проведении процедуры на амбулаторном уровне медицинская сестра-анестезистка произносит: «Стоп! Тайм-аут!» (члены команды должны прекратить все действия) и при участии всей присутствующей команды, на основании устного подтверждения документирует тайм-аут согласно Приложению 1 и 2 к настоящим Правилам.

Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
		Система менеджмента качества	Версия: 1

В Контрольном листе манипуляций отмечается:

- 1) вся команда представлена друг другу и обозначила свои роли;
- 2) всей командой проводится верификация пациента, манипуляции, процедурного участка/органа;
- 3) хирург/врач осведомлен о рисковом фоне пациента, анестезиолог дает подтверждение на проведение манипуляции;
- 4) отображается ли изображение исправно (если есть необходимость).

После проведения данной процедуры сестра-анестезистка ставит свою подпись и время.

Тайм-аут в круглосуточном стационаре проводится не посредственно перед началом операции (инвазивной процедуры), где оперирующий хирург, либо врач проводящий инвазивную процедуру проводит тайм-аут (произносит: «СТОП!ТАЙМ- АУТ!») с участием всей присутствующей команды вместе проведения процедуры с устным определением следующих пунктов:

- 1) проведена идентификация пациента по Ф.И.О и дате рождения (да/нет);
- 2) члены операционной бригады назвали свои фамилию- имя. роль и готовность к предстоящей операции (да/нет);
- 3) члены операционной бригады согласны с идентификацией и маркировкой участка (да/нет);
- 4) маркировка участка видна (да/нет);
- 5) положение тела пациента согласовано с опер. бригадой (да/нет);
- 6) обеспечена адекватная визуализация необходимых изображений- например, рентген снимки (да/нет);
- 7) проведена предоперационная антибиотико профилактика (да/нет)
- 8) имеются нужные материалы, т -ани, имплантаты и соответствуют требованиям операции;
- 9) в операционной имеется необходимый мягкий и твердый инвентарь;
- 10) если есть, замечания и комментарии;
- 11) фамилия и инициалы врача, проводившего тайм-аут;

Не разрешается начинать оперэцию, если не готовы все необходимые исследования, предметы и работники.

Завершение тайм-аута документируется и включает данные и время завершения тайм-аута.

Запись велет сестра-анестезист с указанием фамилии, инициалов и подписью лица, записавшего тайм-аут.

После проведения данной процедуры сестра-анестезистка ставит свою подпись и время.

Второй тайм-аут проводится при смене хирурга и при проведении подряд более одной операции. При этом достаточно краткой записи, что проведен второй тайм-аут с участием того-го (фамилия врача), дата, время и подпись документировавшего лица.



В ходе операции, перед закрытием операционной раны, операционная медицинская сестра производит учет мягкого и твердого инвентаря и расходных материалов с подсчетом инструментов, тампонов, и количество игл (при необходимости). Если операционная сестра занята, заполнить документы с ее слов может сестра-анестезистка.

§ 4 Сайн-аут (послеоперационная проверка)

До того, как пациент покинет операционную/ манипуляционную, медицинская сестра/медицинская сестра-анестезистка самостоятельно, или совместно с хирургической сестрой проводят следующую сверку в графах Контрольного листа манипуляции по форме согласно Приложению 1 и 2 к настоящим Правилам:

- 1) пересчитаны перевязочный и шовный материалы;
- 2) пересчитаны изделия медицинского назначения;
- 3) маркировка образца (биопсия/мазок) проведена (прочитать вслух лейбл образца и имя пациента);
- 4) отмечено, были ли какие-либо проблемы с оборудованием;
- 5) план послеоперационного ухода (для стоматологических манипуляций);
- 6) примечания (если применимо).

После проведения Сайн-аута медицинская сестра /медицинская сестра-анестезистка ставит свою подпись и время.

Если были проблемы с оборудованием, произошла ошибка или почти ошибка подается «Отчет об инциденте» согласно Правилам управления инцидентами.

6.3 Документирование процедуры

Документирование процедуры осуществляется в следующих документах:

- 1) Контрольный лист манипуляции.
- 2) Лист предоперационной верификации стоматолога.

6.4 Индикаторы эффективности выполнения СОП

Индикатором эффективности выполнения СОП является индикатор:

Формула расчета:

Число проведенных тайм-аутов * 100/число проведенных хирургических и инвазивных вмешательств.


Пороговое значение - 100%.

7. Организационные аспекты разработки СОП

7.1 Указание условий пересмотра СОП

Пересмотр СОП осуществляется 1 раз в 3 года и/или при появлении новых требований по Правилам верификации пациентов перед хирургическими, инвазивными манипуляциями в МО.

2)

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
	Система менеджмента качества	Версия: 1	Страница: 10 из 17

7.2 Список использованной литературы

- 1) Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 № 360-VI «О здоровье народа и системе здравоохранения»;
- 2) Практическое руководство по использованию контрольного перечня ВОЗ по хирургической безопасности, 2009 г.
- 3) Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан № 325 от 5 июня 2018 года «О внесении изменения и дополнения в приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 2 октября 2012 года № 676 "Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций";
- 4) Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 21 декабря 2020 года № КЖР ДСМ-299/2020 «Об утверждении правил аккредитации в области здравоохранения»;
- 5) РУКОВОДСТВО по интерпретации стандартов национальной аккредитации. Для медицинских организаций в Республике Казахстан для организаций, оказывающих стационарную помощь. Версия №6 от 06.03.2021 г.;
- 6) Стандарты аккредитации Международной объединенной комиссии (IC1) для больниц, 2020 г., 7-е издание;
- 7) Руководство по процессу аккредитации Международной объединенной комиссии (JCI) для больниц, 7-е издание;

7.3 Приложения

Приложение 1



Контрольный лист манипуляции
 Перед манипуляцией
 (перед разрезом опер.поля)

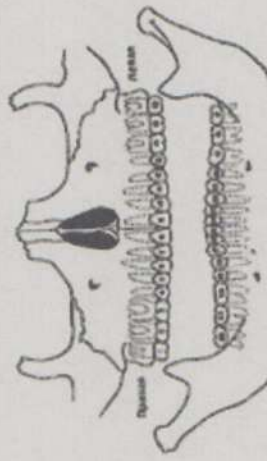
<p>Пациент подготовлен следующим образом:</p> <p><input type="checkbox"/> Принесть пациента</p> <p><input type="checkbox"/> Закрыть манипуляционную зону</p> <p><input type="checkbox"/> Провести антисептизацию опер.поля</p> <p>Участие персонала обозначено?</p> <p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> <p>Анестезиологические сборы готовы и готовы к использованию</p> <p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> <p>Оборудование для манипуляции исправно и готово</p> <p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> <p>Включены ли в перечень: Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Прочее <input type="checkbox"/> Да</p> <p>Оборудование проверено (сигналы, дефибрилятор и др.) исправно и готово</p> <p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> <p>У пациента отмечаются</p> <p>Аллергия</p> <p><input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да</p> <p>Риск пролежней оценивается</p> <p><input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да</p> <p><input type="checkbox"/> Да и соответствующие мероприятия готовы</p>	<p><input type="checkbox"/> Вся команда представлена друг другу и обозначила свои роли</p> <p>Команда ознакомлена с</p> <p><input type="checkbox"/> планом</p> <p><input type="checkbox"/> манипуляцией</p> <p><input type="checkbox"/> процедурным указанием/устным</p> <p>Хирург/врач ознакомлен с риском фантомии</p> <p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> <p>Анестезиолог дает согласие на проведение манипуляции?</p> <p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Прочее</p>	<p>Присутствуют асептический и стерильный материалы:</p> <p><input type="checkbox"/> Стерильная вата</p> <p><input type="checkbox"/> Турundas</p> <p><input type="checkbox"/> Шарик пропитанный</p> <p><input type="checkbox"/> ППА №</p> <p><input type="checkbox"/> Шарик пропитанный</p> <p><input type="checkbox"/> ППА №</p> <p><input type="checkbox"/> Дискстер №</p> <p><input type="checkbox"/> Кетгут №</p> <p><input type="checkbox"/> Улибон №</p> <p><input type="checkbox"/> Нейлон №</p> <p><input type="checkbox"/> Микопорит №</p> <p>ЮМВ:</p> <p><input type="checkbox"/> Операт. скальпель</p> <p><input type="checkbox"/> Игла прямая</p> <p><input type="checkbox"/> Электрод (полюсы) для коагуляции</p> <p><input type="checkbox"/> Шпатель, скальпель 3-х концы-А</p> <p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> <p>Маркировка образцов (биопсия/цитология) проведена (прочитать метод, сделать образцы и ими законтрактовать)</p> <p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> <p>Были ли случаи либо проблемы с оборудованием</p> <p>Примечания:</p> <p>Подпись _____ время _____ ч. _____ м.</p>
<p>У пациента отмечаются</p> <p>Аллергия</p> <p><input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да</p> <p>Риск пролежней оценивается</p> <p><input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да</p> <p><input type="checkbox"/> Да и соответствующие мероприятия готовы</p> <p>Присутствуют асептический и стерильный материалы:</p> <p><input type="checkbox"/> Стерильная вата</p> <p><input type="checkbox"/> Турundas</p> <p><input type="checkbox"/> Шарик пропитанный</p> <p><input type="checkbox"/> ППА №</p> <p><input type="checkbox"/> Шарик пропитанный</p> <p><input type="checkbox"/> ППА №</p> <p><input type="checkbox"/> Дискстер №</p> <p><input type="checkbox"/> Кетгут №</p> <p><input type="checkbox"/> Улибон №</p> <p><input type="checkbox"/> Нейлон №</p> <p><input type="checkbox"/> Микопорит №</p> <p>ЮМВ:</p> <p><input type="checkbox"/> Операт. скальпель</p> <p><input type="checkbox"/> Игла прямая</p> <p><input type="checkbox"/> Электрод (полюсы) для коагуляции</p> <p><input type="checkbox"/> Шпатель, скальпель 3-х концы-А</p> <p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> <p>Маркировка образцов (биопсия/цитология) проведена (прочитать метод, сделать образцы и ими законтрактовать)</p> <p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> <p>Были ли случаи либо проблемы с оборудованием</p> <p>Примечания:</p> <p>Подпись _____ время _____ ч. _____ м.</p>	<p>Изображение отображается на экране исправно?</p> <p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Прочее</p> <p>Подпись _____ время _____ ч. _____ м.</p> <p>Сотрудник, выполняющий процесс в контрольном листе манипуляции (Фамилия, инициалы) _____</p>	<p>Изображение отображается на экране исправно?</p> <p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Прочее</p> <p>Подпись _____ время _____ ч. _____ м.</p> <p>Сотрудник, выполняющий процесс в контрольном листе манипуляции (Фамилия, инициалы) _____</p>



в СОП Обеспечение беспроблемной хирургии. Проведение верификации и там-аут перед началом процедуры

Лист предоперационной верификации стоматолога

Медицинская карта № _____ Дата заполнения: _____ Место оказания помощи (наименование больницы, центра, кабинета): _____	Фамилия, имя, отчество: _____ Специальность: _____	Место проведения: _____
Часть 1. Верификация до манипуляции (пункты 1-10) До проведения манипуляции выполнена ли подготовка во время процедуры? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет Назовите подготовительные мероприятия: <input type="checkbox"/> Дезинфекция рук <input type="checkbox"/> Дезинфекция полости рта <input type="checkbox"/> Инфекционный контроль Подвергал ли врач зуб, который будет удален до процедуры верификации? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	Часть 2. Там-аут (пункты 11-13) До начала удаления зуба Вы показали пациенту местонахождение зуба? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет Жестом и языком показали место удаления зуба? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет Пациент знает, что будет удален этот зуб? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> Пациент знает, что будет удален этот зуб? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> Пациент знает, что будет удален этот зуб? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	Часть 3. Там-аут (пункты 14-16) До начала удаления зуба Пациент знает, что будет удален этот зуб? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет Пациент знает, что будет удален этот зуб? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Рентген-диагностика выполнена и правильно интерпретирована? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> НЕТ, если процедура	Часть 3. Там-аут (пункты 17-19) До начала удаления зуба Пациент знает, что будет удален этот зуб? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет Пациент знает, что будет удален этот зуб? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	Часть 3. Там-аут (пункты 20-22) До начала удаления зуба Пациент знает, что будет удален этот зуб? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет Пациент знает, что будет удален этот зуб? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Имет ли пациент: Аллергию? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет Проблемы с свертываемостью (гепатит, гепатоз, гемофилия, др.)? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет Прием антикоагулянтов (варфарин, гепарин, гепарин, др.)? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет Прием антибиотиков (пенициллин, тетрациклин, цефалоспорины, др.)? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет Прием глюкокортикостероидов (глюкокортикостероиды, гормоны, др.)? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет Прием антидепрессантов (антидепрессанты, антидепрессанты, др.)? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	Часть 4. Там-аут (пункты 23-25) До начала удаления зуба Пациент знает, что будет удален этот зуб? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет Пациент знает, что будет удален этот зуб? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	Часть 4. Там-аут (пункты 26-28) До начала удаления зуба Пациент знает, что будет удален этот зуб? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет Пациент знает, что будет удален этот зуб? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Пациент знает, что будет удален этот зуб? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет Пациент знает, что будет удален этот зуб? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	Часть 5. Там-аут (пункты 29-31) До начала удаления зуба Пациент знает, что будет удален этот зуб? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет Пациент знает, что будет удален этот зуб? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	Часть 5. Там-аут (пункты 32-34) До начала удаления зуба Пациент знает, что будет удален этот зуб? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет Пациент знает, что будет удален этот зуб? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Пациент знает, что будет удален этот зуб? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет Пациент знает, что будет удален этот зуб? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	Часть 6. Там-аут (пункты 35-37) До начала удаления зуба Пациент знает, что будет удален этот зуб? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет Пациент знает, что будет удален этот зуб? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	Часть 6. Там-аут (пункты 38-40) До начала удаления зуба Пациент знает, что будет удален этот зуб? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет Пациент знает, что будет удален этот зуб? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Пациент знает, что будет удален этот зуб? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет Пациент знает, что будет удален этот зуб? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	Часть 7. Там-аут (пункты 41-43) До начала удаления зуба Пациент знает, что будет удален этот зуб? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет Пациент знает, что будет удален этот зуб? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	Часть 7. Там-аут (пункты 44-46) До начала удаления зуба Пациент знает, что будет удален этот зуб? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет Пациент знает, что будет удален этот зуб? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Пациент знает, что будет удален этот зуб? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет Пациент знает, что будет удален этот зуб? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	Часть 8. Там-аут (пункты 47-49) До начала удаления зуба Пациент знает, что будет удален этот зуб? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет Пациент знает, что будет удален этот зуб? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	Часть 8. Там-аут (пункты 50-52) До начала удаления зуба Пациент знает, что будет удален этот зуб? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет Пациент знает, что будет удален этот зуб? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет



A B C D E F G H I J
 K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

Часть 3. Предоперационная подготовка (пункты 14-16)
 До того, как начать удаление зуба, ответьте на следующие вопросы:
 Пациент знает, что будет удален этот зуб?
 Пациент знает, что будет удален этот зуб?
 Пациент знает, что будет удален этот зуб?

Часть 4. Там-аут (пункты 17-19)
 До начала удаления зуба
 Пациент знает, что будет удален этот зуб? да нет
 Пациент знает, что будет удален этот зуб? да нет

Подпись: _____
 Подпись: _____



Часть 2. ТАЙМ-АУТ

ФИО пациента: _____

Дата рождения: ____ г. ____ мес. ____ д.

*(проводится непосредственно перед операцией с участием всей опер. бригады, ведет оперирующий хирург, записывает эстра-анестезистка или др. лицо.)
Внимание! Не начинать операцию, если не готовы все необходимые исследования, предметы и работники!*

ПРОВЕДЕНО:	ДА	НЕТ
Идентификация пациента по ФИО, дате рождения	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Члены операционной бригады назвали свои фамилию, имя, роль и готовность к предстоящей операции	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Маркировка участка:		
Члены операционной бригады согласны с идентификацией и маркировкой участка	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Маркировка участка видна после накрытия простынями	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Положение тела пациента согласовано с операционной бригадой	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Обеспечена адекватная визуализация необходимых изображений	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Проведена предоперационная антибиотикопрофилактика	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Органы, ткани, имплантаты:		
<input checked="" type="checkbox"/> доступны в операционной комнате соответствующим требованиям <input checked="" type="checkbox"/> не определены <input checked="" type="checkbox"/> не применимо		
В операционной имеется необходимый:		
<input checked="" type="checkbox"/> мягкий инвентарь <input checked="" type="checkbox"/> твердый инвентарь <input checked="" type="checkbox"/> иглы <input checked="" type="checkbox"/> медицинское оборудование исправно		

Комментарии (если есть): _____

Тайм-аут провел врач: _____ Время: ____ ч ____ мин.

Дата: ____ / ____ / 202 ____ г.

Тайм-аут записал(а): _____ (подпись): _____

Часть 3. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ СВЕРКА (САЙН-АУТ)
(проводится непосредственно после завершения операции)

Наименование операции: _____

ПРОВЕДЕНО:	ДА	НЕТ
Подсчет мягкого инвентаря и игл (по форме Лист учета ...)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Подсчет инструментов	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Образцы биоматериала маркированы (включая ФИО, дату рождения, вид исследования)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
«Отчет об инциденте» (в течение 24 ч.), если:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Были проблемы с оборудованием		
Произошла ошибка (нетот пациент, нет процедура, др.) или почти ошибка		

Послеоперационную сверку провел(а): _____



Приложение 5
к СОП Обеспечение безопасной
хирургии. Правила верификации и
тайм-аута перед инвазивными
манипуляциями

ФИО пациента: _____

Дата рождения: ____ . ____ . ____ г.

Лист предоперационной верификации и тайм-аута (ЭКО)

Медицинская карта № _____ Дата заполнения: _____ Время: ____ : ____
Вес: _____ Аллергия: _____ Непереносимые медикаменты _____ Место

нахождение семьи пациента во время процедуры:

комната ожидания отделение другое место

Идентификация пациента: Ф.И.О. дата рождения

Источник: заявление (устное) пациента удостоверение личности (паспорт) член семьи _____

Проведены предварительные процедуры	имеется	не имеется
Письменное информированное согласие на операцию.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
анамнез и первичный осмотр.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
лабораторные исследования.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
осмотр анестезиолога.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
письменное информированное согласие на анестезию.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
очки/контактные линзы*.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
протез (ы)*.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ювелирные изделия/ценности/украшения*.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
*отданы членам семьи.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
на хранение в отделение.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
кровь и препараты крови: <input checked="" type="checkbox"/> определена групповая и резус-принадлежность <input checked="" type="checkbox"/> антиэритроцитарные агглютинины		
Название операции		
Участок _____		
Предоперационную верификацию провёл: <input checked="" type="checkbox"/> оперирующий врач _____ (ФИО) <input checked="" type="checkbox"/> другое лицо _____ (ФИО, должность)		

Тайм-аут:

Повторная идентификация пациента проведена операционной бригадой	<input checked="" type="checkbox"/> да	<input checked="" type="checkbox"/> нет
Члены операционной бригады назвали свои фамилию и имя и роль	<input checked="" type="checkbox"/> да	<input checked="" type="checkbox"/> нет
Материалы, ткани, идентифицированы:	<input checked="" type="checkbox"/> да	<input checked="" type="checkbox"/> нет
<input checked="" type="checkbox"/> доступны в операционной комнате <input checked="" type="checkbox"/> соответствуют требованиям операции <input checked="" type="checkbox"/> не определены		
В операционной имеется необходимое количество:		
<input checked="" type="checkbox"/> мягкого инвентаря <input checked="" type="checkbox"/> твердого инвентаря <input checked="" type="checkbox"/> ял <input checked="" type="checkbox"/> исправного медицинского оборудования		
<input checked="" type="checkbox"/> культурных сред		

Тайм-аут провёл (Ф.И.О.) _____

Время: ____ ч ____ мин. Дата: ____ / ____ / 202 ____ г.



ЛИСТУЧЕТАМЫГОПТВЕРДОГОИНВЕНТАРЯ

Дата:/...../201...г. Время ____/____/____
Операция:
ФНОмодестры:

Приложение 7
к СОП Обеспечение безопасности
хирургии. Правила верификации и тай-
аута перед инвазивными манипуляциями

ФНОлицензия: _____
Датирования: ____ г. ____ ф.

Марка	ДобОП	во времяОП	Всего	После ОП выполна	После ОП не выполна	Всего	OK
Хирургическаябольшая салфетка (15)							
СалфеткаМаленькая (15)							
Средствахирургическойсалфетка(10)							
Маленькаясалфетка (30)							
Шарик квадратный (50)							
Шарик треугольный (50)							
Турунда	ДобОП	во времяОП	Всего	После ОП выполна	После ОП не выполна	Всего	OK
Скальпель							
Инструменты							
Выжиг							
Лактископ							
Эндофон							
Рукавици							
Провод							
Мониторинг							



Лист ознакомления

№	Фамилия И.О.	Должность	Дата	Подпись
1.	Мухоморова И. В.	инженер-экономист	04.01.2024	<i>[Handwritten Signature]</i>
2.	Иванова А. А.	врач-терапевт	04.01.2024	<i>[Handwritten Signature]</i>
3.	Семин А. А.	инженер	04.01.2024	<i>[Handwritten Signature]</i>
4.	Иванов И. И.	терапевт	04.01.2024	<i>[Handwritten Signature]</i>