|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | |  | | | | | | | | | ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ Міністерства охорони здоров’я України 14 лютого 2012 року № 110 (в редакції наказу Міністерства охорони здоров’я України 03 серпня 2021 року № 1614) | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров’я | | | | | | | | | | | |  | | **МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ** | | | | | | | | | | | | | |
| Форма первинної облікової документації | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |  | **№ 008/о** | | | | | | | | | | | | | |
| Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров’я, де заповнюється форма | | | | | | | | | | | | **ЗАТВЕРДЖЕНО** | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |  | Наказ МОЗ України | | | | | | | | | | | | | |
| Код за ЄДРПОУ | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **№** |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **ЖУРНАЛ запису оперативних втручань у стаціонарі** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Розпочато «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_ року | | | | | | | | | | | |  | | Завершено «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_року\_\_ | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Операція №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | |
|  | | | від |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  | (число, місяць, рік) | | | | | |  |
| 1. Прізвище, ім’я, по батькові хворого (за наявності) |  | 7. Медична карта стаціонарного хворого № | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| 2. Хірург \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | 8. Асистенти \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| 3. Анестезіолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | 9. Сестра медична операційна | | | | | | | | |
| 4. Діагноз до операції \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | 10. Сестра медична-анестезист | | | | | | | | |
| 5. Вид анестезії \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| 6. Діагноз після операції \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
| **11. Контрольний список дій щодо безпеки в операційній**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **11.1. До початку анестезії** (в присутності, щонайменше сестри медичної - анестезиста та анестезіолога) | **11.2. До розрізу шкіри** (в присутності хірурга, сестри медичної операційної, сестри медичної - анестезиста та анестезіолога) | **11.3. До того як пацієнт покине операційну** (в присутності хірурга, сестри медичної операційної, сестри медичної-анестезиста та анестезіолога) | | 11.1.1. Місце оперативного втручання марковане   так   не застосовується  11.1.2. Проведено перевірку обладнання та лікарських засобів для анестезії   так  11.1.3. Пульсоксиметр, капнограф, ЕКГ-електроди та манжетка тонометра та температурні датчики зафіксовані на пацієнтові і правильно функціонують   так  11.1.4. Уточнено наявність у пацієнта: Алергії   ні   так  Складних дихальних шляхів або ризик аспірації   ні   так і наявні необхідні обладнання/ лікарські засоби для надання допомоги   Ризику крововтрати більше 500 мл (більше 7 мл/кг у дітей)   ні   так і передбачено два судинні периферичні або один центральний доступи для вливання рідини і препаратів крові | 11.2.1.   Всі члени операційної бригади представилися по імені і назвали свою роль  11.2.2.  Підтверджено процедуру і місце, де буде проведено розріз  11.2.3. Проведено антимікробну профілактику за 60 хв (або за дві години, якщо використовувався ванкоміцин)   так   не застосовується  11.2.4. Очікувані критичні події попередньо обговорено  Зі сторони хірурга:   критичні або не рутинні події   тривалість операції   очікуваний об'єм крововтрати  Зі сторони анестезіолога:   особливості, пов'язані з пацієнтом  Зі сторони операційних медичних сестер:   стерильність підтверджена   відсутні проблеми із обладнанням або інші проблеми  11.2.5. Візуалізація необхідних зображень забезпечена   так   не застосовується | 11.3.1. Хірург / сестра медична операційна:   уточнено назву проведеної процедури / операції   проведено підрахунок інструментів, тампонів, голок та інших медичних виробів   біологічні зразки марковано (зачитує написи на зразках включно із прізвищем пацієнта)   зафіксовано усно або письмово наявність проблем із обладнанням, що потребують усунення  11.3.2. Хірург та анестезіолог:   план післяопераційного ведення і реабілітації пацієнта погоджено            **Сестра медична-анестезист:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Прізвище, ім'я та підпис) | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **12. ОПИС ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Опис препарату (видаленого органа, частини органа) |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Підпис хірурга\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

{Форма в редакції Наказу Міністерства охорони здоров'я № 1614 від 03.08.2021}