|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |   | ЗАТВЕРДЖЕНОНаказ Міністерства охорони здоров’я України14 лютого 2012 року № 110(в редакції наказуМіністерства охорони здоров’я України03 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 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | **№** |   |   |   |   |   |
|   |   |
| **ЖУРНАЛзапису 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 C:\1Работа\Robota\MINYUST\2021\11\82\2\1614\1324\re36946_img_001.gif так C:\1Работа\Robota\MINYUST\2021\11\82\2\1614\1324\re36946_img_001.gif не застосовується11.1.2. Проведено перевірку обладнання та лікарських засобів для анестезії C:\1Работа\Robota\MINYUST\2021\11\82\2\1614\1324\re36946_img_001.gif так11.1.3. Пульсоксиметр, капнограф, ЕКГ-електроди та манжетка тонометра та температурні датчики зафіксовані на пацієнтові і правильно функціонують C:\1Работа\Robota\MINYUST\2021\11\82\2\1614\1324\re36946_img_001.gif так11.1.4. Уточнено наявність у пацієнта:Алергії C:\1Работа\Robota\MINYUST\2021\11\82\2\1614\1324\re36946_img_001.gif ні C:\1Работа\Robota\MINYUST\2021\11\82\2\1614\1324\re36946_img_001.gif такСкладних дихальних шляхів або ризик аспірації C:\1Работа\Robota\MINYUST\2021\11\82\2\1614\1324\re36946_img_001.gif ні C:\1Работа\Robota\MINYUST\2021\11\82\2\1614\1324\re36946_img_001.gif так і наявні необхідні обладнання/ лікарські засоби для надання допомоги Ризику крововтрати більше 500 мл (більше 7 мл/кг у дітей) C:\1Работа\Robota\MINYUST\2021\11\82\2\1614\1324\re36946_img_001.gif ні C:\1Работа\Robota\MINYUST\2021\11\82\2\1614\1324\re36946_img_001.gif так і передбачено два судинні периферичні або один центральний доступи для вливання рідини і препаратів крові | 11.2.1.  C:\1Работа\Robota\MINYUST\2021\11\82\2\1614\1324\re36946_img_001.gif Всі члени операційної бригади представилися по імені і назвали свою роль11.2.2. C:\1Работа\Robota\MINYUST\2021\11\82\2\1614\1324\re36946_img_001.gif Підтверджено процедуру і місце, де буде проведено розріз11.2.3. Проведено антимікробну профілактику за 60 хв (або за дві години, якщо використовувався ванкоміцин) C:\1Работа\Robota\MINYUST\2021\11\82\2\1614\1324\re36946_img_001.gif так C:\1Работа\Robota\MINYUST\2021\11\82\2\1614\1324\re36946_img_001.gif не застосовується11.2.4. Очікувані критичні події попередньо обговореноЗі сторони хірурга: C:\1Работа\Robota\MINYUST\2021\11\82\2\1614\1324\re36946_img_001.gif критичні або не рутинні події C:\1Работа\Robota\MINYUST\2021\11\82\2\1614\1324\re36946_img_001.gif тривалість операції C:\1Работа\Robota\MINYUST\2021\11\82\2\1614\1324\re36946_img_001.gif очікуваний об'єм крововтратиЗі сторони анестезіолога: C:\1Работа\Robota\MINYUST\2021\11\82\2\1614\1324\re36946_img_001.gif особливості, пов'язані з пацієнтомЗі сторони операційних медичних сестер: C:\1Работа\Robota\MINYUST\2021\11\82\2\1614\1324\re36946_img_001.gif стерильність підтверджена C:\1Работа\Robota\MINYUST\2021\11\82\2\1614\1324\re36946_img_001.gif відсутні проблеми із обладнанням або інші проблеми11.2.5. Візуалізація необхідних зображень забезпечена C:\1Работа\Robota\MINYUST\2021\11\82\2\1614\1324\re36946_img_001.gif так C:\1Работа\Robota\MINYUST\2021\11\82\2\1614\1324\re36946_img_001.gif не застосовується | 11.3.1. Хірург / сестра медична операційна: C:\1Работа\Robota\MINYUST\2021\11\82\2\1614\1324\re36946_img_001.gif уточнено назву проведеної процедури / операції C:\1Работа\Robota\MINYUST\2021\11\82\2\1614\1324\re36946_img_001.gif проведено підрахунок інструментів, тампонів, голок та інших медичних виробів C:\1Работа\Robota\MINYUST\2021\11\82\2\1614\1324\re36946_img_001.gif біологічні зразки марковано (зачитує написи на зразках включно із прізвищем пацієнта) C:\1Работа\Robota\MINYUST\2021\11\82\2\1614\1324\re36946_img_001.gif зафіксовано усно або письмово наявність проблем із обладнанням, що потребують усунення11.3.2. Хірург та анестезіолог: C:\1Работа\Robota\MINYUST\2021\11\82\2\1614\1324\re36946_img_001.gif 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}