

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 _____ _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ <table border="1" data-bbox="501 824 782 900"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 008/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України <table border="1" data-bbox="927 824 1497 900"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>№</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									№				
								№																	
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 пацієнті 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 ванкомицин) ☐ 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)

[illegible]