

ანესთეზიოლოგი, ანესთეზიის ექთანი

დაწყება

ანესთეზიის წინ

ქირურგი, ბრიგადის ხელმძღვანელი

ტაიმაუტი

ოპერაციის წინ

ოპერაციის ნებისმიერი მონაწილე

დასრულება

გადაყვანის წინ

შემოწმების პუნქტები	დადასტურება
პაციენტის იდენტიფიკაცია: სახელი, გვარი / დაბადების თარიღი / ისტორიის ნომერი	<input type="checkbox"/> დადასტურება
ანესთეზიის სახე	<input type="checkbox"/> სწორია
პაციენტის თანხმობა	<input type="checkbox"/> მიღებულია
ალერგია	<input type="checkbox"/> კი <input type="checkbox"/> არა
მონიტორი	<input type="checkbox"/> შეერთებულია
სანაკოზო აპარატი შემოწმებულია	<input type="checkbox"/> კი
სანარკოზო და სარეანიმაციო წამლები ადგილზეა	<input type="checkbox"/> კი
მოსალოდნელია რთული ინტუბაცია, თუ კი, ზომები მიღებულია	<input type="checkbox"/> კი <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> კი
მოსალოდნელია სისხლის დანაკარგი >500მლ თუ კი, სისხლი მომარაგებულია	<input type="checkbox"/> კი <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> კი
წინასაოპერაციო ანალიზები და კვლევები ჩატარებულია	<input type="checkbox"/> კი <input type="checkbox"/> არა
ანტიბიოტიკი	<input type="checkbox"/> შეყვანილია
საჭიროა სპეციფიური უსაფრთხოების ზომები:	<input type="checkbox"/> კი <input type="checkbox"/> არა
გვარი (გარკვევით) _____ თანამდებობა _____ ხელმოწერა _____	

შემოწმების პუნქტები	დადასტურება
პაციენტის თანხმობა	<input type="checkbox"/> მიღებულია
პროცედურის დასახელება	<input type="checkbox"/> სწორია
მოსალოდნელი სირთულე / ოპერაციის მაშტაბი / სავარაუდო ხანგრძლივობა / საკვანძო ეტაპები	<input type="checkbox"/> კი
საკეისრო კვეთის ურგენტულობა	① ② ③ ④
ქირურგიული ბრიგადა მზადყოფნაშია / ფუნქციები განაწილებულია	<input type="checkbox"/> კი <input type="checkbox"/> არა
საჭირო ინსტრუმენტები და აპარატურა ადგილზეა	<input type="checkbox"/> კი
გამათბობელი ჩართულია	<input type="checkbox"/> კი <input type="checkbox"/> არა
ანტიკოაგულაცია / DVT პროფილაქტიკა დაწყებულია	ელასტიური ბინტები <input type="checkbox"/> კომპრესული ჩულკები <input type="checkbox"/> ჰეპარინიზაცია <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/>
ესაჭიროება ლაბორატ. და ინსტრუმენტული კვლევები	<input type="checkbox"/> კი <input type="checkbox"/> არა
გვარი (გარკვევით) _____ თანამდებობა _____ ხელმოწერა _____	

შემოწმების პუნქტები	დადასტურება
დანაშნულება	<input type="checkbox"/> მიცემულია
ინსტრუმენტები და საოპერაციო მასალა დათვლილია და სწორია	<input type="checkbox"/> კი <input type="checkbox"/> არა
ოპერაციის დროს რაიმე პრობლემა	<input type="checkbox"/> კი <input type="checkbox"/> არა
ინტენსიურში საწოლი მზადაა	<input type="checkbox"/> კი <input type="checkbox"/> არა
გვარი (გარკვევით) _____ თანამდებობა _____ ხელმოწერა _____	
ქირურგი _____ ანესთეზიოლოგი _____ საოპერაციო მედდა _____ თარიღი _____	
პაციენტის სახელი, გვარი _____ _____ დაბადების თარიღი _____ ისტორიის № _____	