

დანართი 8

სამედიცინო დოკუმენტაცია ფორმა NIV-300-7/a

პაციენტის წინასაოპერაციო კითხვარი

პ ა ც ი ე ნ ტ ი ს ს ა ყ უ რ ა დ დ ე ბ ო დ

თქვენ მიერ ექიმისთვის მიწოდებულმა არასწორმა ინფორმაციამ შესაძლებელია საფრთხე შეუქმნას ოპერაციის შედეგს და თქვენს ჯანმრთელობას. მოწოდებული ინფორმაცია არის კონფიდენციალური.

გვარი, სახელი _____
 ბარათის ნომერი _____
 განყოფილება _____

თარიღი _____
 პალატის ნომერი _____

პასუხი შემოხაზეთ

1. გაქვთ თუ არა ტკივილი გულის არეში	დიახ	არა
– დატვირთვის დროს	დიახ	არა
– მოსვენების დროს	დიახ	არა
– ღამით	დიახ	არა
2. გაქვთ თუ არა ქოშინი (ჰაერის უკმარისობა)	დიახ	არა
– კიბეზე ასვლისას	დიახ	არა
– მოსვენებით მდგომარეობაში	დიახ	არა
– ღამით	დიახ	არა
3. გაქვთ თუ არა არითმია	დიახ	არა
4. გაუხეხეთ თუ არა მაღალი არტერიული წნევა	დიახ	არა
5. გაქვთ თუ არა გადატანილი გულ-სისხლძარღვთა სისტემასთან დაკავშირებული დაავადებები (ჩამოთვალეთ)	დიახ	არა
6. გაქვთ თუ არა თავის ტკივილი	დიახ	არა
– თავის ტკივილის დროს გაქვთ თუ არა გულისრევის შეგრძნება	დიახ	არა
– თავის ტკივილის დროს გაქვთ თუ არა ლებინება	დიახ	არა
– თავის ტკივილის დროს გაქვთ თუ არა შუილი ყურებში	დიახ	არა
– თავის ტკივილის დროს გაქვთ თუ არა თავბრუსხვევა	დიახ	არა
7. გქონიათ თუ არა გონების დაკარგვის ეპიზოდები	დიახ	არა
8. გაქვთ თუ არა მხედველობის პრობლემები	დიახ	არა
– გაქვთ თუ არა გლაუკომა	დიახ	არა
– გაქვთ თუ არა მიოპია (ახლომხედველობა)	დიახ	არა
9. გაქვთ თუ არა პრობლემები პირის ღრუს მხრივ	დიახ	არა
– გაქვთ თუ არა მერყევი კბილები	დიახ	არა
– გაქვთ თუ არა პროთეზი	დიახ	არა
– გაქვთ თუ არა მოსახსნელი პროთეზი	დიახ	არა
10. გაქვთ თუ არა ყლაპვის გაძნელება	დიახ	არა
11. გაქვთ თუ არა ყელის ტკივილი	დიახ	არა
12. გაქვთ თუ არა ხველა	დიახ	არა
– სისხლიანი ნახველით	დიახ	არა
– მოყვითალო ფერის ნახველით	დიახ	არა
13. გაქვთ თუ არა ბრონქული ასთმის მოვლენები	დიახ	არა

ივსება ქირურგიული პაციენტის მართვის დროს ძირითად სტაციონარულ ბარათთან ერთად.

14. გადატანილი გაქვთ თუ არა ფილტვების ანთება ან პლევრიტი	დიახ	არა
15. გაქვთ თუ არა ტკივილი მუცლის არეში	დიახ	არა
16. გაქვთ თუ არა კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადება	დიახ	არა
17. გქონიათ თუ არა შავი ფერის განავალი	დიახ	არა
19. გაქვთ თუ არა ბოყინი, გულძმარვა, სლოკინი	დიახ	არა
20. გაქვთ თუ არა თირკმლის დაავადება	დიახ	არა
21. გაქვთ თუ არა ნადველ-კენჭოვანი დაავადება	დიახ	არა
22. გაქვთ თუ არა ტკივილი წელის არეში	დიახ	არა
23. გაქვთ თუ არა შარდვის გაძნელება	დიახ	არა
24. გაქვთ თუ არა ხშირი შარდვა	დიახ	არა
25. გაქვთ თუ არა ბუასილი	დიახ	არა
27. გაქვთ თუ არა ვენების ვარიკოზული გაგანიერება	დიახ	არა
28. გაქვთ თუ არა დიაბეტი	დიახ	არა
29. გაქვთ თუ არა ფარისებური ჯირკვლის დაავადებები	დიახ	არა
30. გაქვთ თუ არა კანის დაავადებები	დიახ	არა
31. გაქვთ თუ არა სასქესო ორგანოების დაავადებები	დიახ	არა
32. გაქვთ თუ არა ვენერული დაავადებები	დიახ	არა
33. გაქვთ თუ არა ალერგია მედიკამენტებზე	დიახ	არა
– მედიკამენტის დასახელება		
34. გაქვთ თუ არა სეზონური ალერგია	დიახ	არა
35. გაქვთ თუ არა ალერგია კვების პროდუქტებზე	დიახ	არა
36. ღებულობთ თუ არა მედიკამენტებს	დიახ	არა
– მედიკამენტის დასახელება		
37. ჩამოთვალეთ თქვენ მიერ გადატანილი დაავადებები		
38. ინფიცირებული ხართ თუ არა აივ-ინფექციით		
39. გაქვთ თუ არა გადატანილი ჰეპატიტი (A, B, C), ტუბერკულოზი	დიახ	არა
40. მიღებული გაქვთ თუ არა თავის ქალის ტრავმა	დიახ	არა
41. ეწევით თუ არა თამბაქოს	დიახ	არა
42. ეტანებით თუ არა ალკოჰოლს	დიახ	არა
43. იღებთ თუ არა ნარკოტიკებს	დიახ	არა
44. უჩივით თუ არა უძილობას	დიახ	არა

პაციენტის ხელმოწერა —————

დანართი 7

სამედიცინო დოკუმენტაცია
ფორმა #IV-300-6/ა

ანესთეზიოლოგის წინასაოპერაციო ჩანაწერის ფურცელი

პაციენტის სახელი, გვარი _____
ბარათის ნომერი _____
განყოფილება _____ პალატის ნომერი _____

თარიღი:	დრო:	ასაკი:	სქესი:	წონა: კგ.	სიმაღლე: სმ.
წინასწარი დიაგნოზი:-----					
ოპერაცია: -----					
ინტუბაცია (მალამპატი) პროთეზი:					
ანამნეზი: ალერგია: მედიკამენტური დამოკიდებულება: მავნე ჩვევები: თამბაქო: <input type="checkbox"/> ალკოჰოლი: <input type="checkbox"/> ნარკოტიკები: <input type="checkbox"/> სხვა: დაავადებები: გულ-სისხლძარღვთა სისტემა: სასუნთქი სისტემა: ენდოკრინული სისტემა: ნერვული სისტემა: შარდგამომყოფი სისტემა: საჭმლის მომნელებელი სისტემა: საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატი: წარსულში ჩატარებული ანესთეზიები: ოჯახური ანამნეზი: საკვების/სითხის ბოლო მიღების დრო: სხვა:					
ფიზიკალური გამოკვლევა:	T/AmmHg	Psც/წთ	R'წთ	T°C:	
გული:					
ფილტვები:					
ნევროლოგიური სტატუსი:					
გაუტეკივარების რისკი ASA: შენიშვნა:					

ექიმ-ანესთეზიოლოგის სახელი, გვარი _____ ხელმოწერა _____

პაციენტის ინფორმირებული თანხმობა გაუტკივარებაზე

ინფორმირებული თანხმობა გაუტკივარებაზე წარმოადგენს დოკუმენტს, რომელშიც პაციენტი, პაციენტის ნათესავი, ან მისი კანონიერი წარმომადგენელი (მეურვე ან ნდობით აღჭურვილი პირი) ადასტურებენ, რომ მათ სრულფასოვნად გააცნობიერეს მკურნალობის აუცილებლობა, მისი მეთოდები, პოტენციური რისკი, შესაძლო გართულებები, ოპერაციის შემდგომი და რეაბილიტაციური პერიოდის მიმდინარეობის ხანგრძლივობა და თავისებურებები.

შენიშვნა:

ა) თუ პაციენტი საღ გონებაზეა, ადეკვატურია, თანხმობას უშუალოდ თვითონ აწერს ხელს;

ბ) თუ პაციენტი უკონტაქტოა ან არაადეკვატურია, თანხმობას ხელს აწერს პაციენტის ნათესავი, პაციენტის კანონიერი წარმომადგენელი ან მისი ნდობით აღჭურვილი პირი;

პაციენტის გვარი, სახელი _____ სქესი _____ ასაკი _____

ბარათის ნომერი _____

განყოფილება _____

პალატის ნომერი _____

მისამართი _____

ტელეფონის №: _____

პირადობის დამადასტურებელი საბუთი _____

ოპერაციის წინა დიაგნოზი _____

ოპერაციის დასახელება _____

ოპერატორი _____

ანესთეზიოლოგი _____

ზოგადი ინფორმაცია გაუტკივარების შესახებ

ანესთეზიოლოგია გულისხმობს არა მხოლოდ გაუტკივარებას, არამედ ავადმყოფთა უსაფრთხოებას ქირურგიული მკურნალობის ძირითად ეტაპებზე, ანუ პაციენტების შემოწმებას, კონსულტირებას და მომზადებას ანესთეზიისათვის, გაუტკივარებას ოპერაციასა და მის შემდგომ პერიოდში, ორგანიზმის სასიცოცხლო ფუნქციების მონიტორინგს და მართვას (გარეგანი სუნთქვა და რესპირატორული თერაპია, გულ-სისხლძარღვთა სისტემა, ძილი, ფსიქო-ემოციური სტატუსი და სხვა), პოსტოპერაციული პერიოდის მართვას.

არსებობს გაუტკივარების შემდეგი სახეები: ზოგადი, რეგიონული და ადგილობრივი.

ზოგადი ანესთეზია არის ინტრავენური და ინჰალაციური.

ინტრავენური ანესთეზიის დროს პაციენტის გენაში შეჰყავთ პრეპარატი, რომელიც იწვევს გაუტკივარებას და თრგუნავს პაციენტის ცნობიერებას. იგი გამოიყენება მცირე და საშუალო მასშტაბის ოპერაციების დროს. იგივე შედეგი შეიძლება მიღწეულ იქნეს ინჰალაციური ანესთეზიით, როდესაც პაციენტს ნიღბით ან საინტუბაციო მილის საშუალებით მიეწოდება ინჰალაციური ანესთეტიკი. რიგ შემთხვევაში ტარდება ზოგადი კომბინირებული ანესთეზია, რაც გულისხმობს ინტრავენური და ინჰალაციური ანესთეზიის კომბინაციას. ზოგადი ანესთეზია გამოიყენება ფართომასშტაბიანი ოპერაციების დროს.

რეგიონალური გაუტკივარების მეთოდებს შორის განსაკუთრებული ადგილი უკავია სპინალურ და პერიდურალურ ანესთეზიას, რომლის დროსაც ზურგის ტვინის არეში შეჰყავთ სხვადასხვა ხანგრძლივობის მოქმედების ანესთეტიკები, რაც იწვევს ტკივილის, შეხების და ზოგიერთ შემთხვევაში შეყვანის ადგილიდან ქვევით მოძრაობის დროებით გამოთიშვას. სპინალურ ანესთეზიას ზოგ შემთხვევაში ემატება ინტრავენური სედაცია და პაციენტს ოპერაციის დროს სძინავს. მიუხედავად პაციენტების დიდი შიშისა, ამ სახის ანესთეზიის დროს ზურგის ტვინისა და მისგან გამომავალი ნერვების დაზიანება თითქმის გამორიცხულია.

გაუტკივარების შესაძლო გართულებები

მიუხედავად სრულფასოვნად ჩატარებული გაუტკივარებისა, არსებობს მოსალოდნელი გართულებების ალბათობა. ნებისმიერი სახის გაუტკივარება დაკავშირებულია გარკვეულ რისკთან. სიკვდილიანობის ზოგადი მაჩვენებელი გაუტკივარების დროს შეადგენს 1:10000. ზოგადად, გაუტკივარების გამოსავალი არის კარგი, თუმცა მოსალოდნელია გარკვეული გართულებები, რომელთა რიცხვს განეკუთვნება:

- ☐ მიოკარდიუმის მწვავე იზოარქტი, რომელიც შეიძლება განვითარდეს ოპერაციის ან ოპერაციის შემდგომ პერიოდში. განსაკუთრებით იმ პაციენტებში, რომლებსაც ადრე დაუდგინდა ან გამოკვლევების შედეგად გამოუვლინდა გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები
- ☐ ინსულტი, რომელიც შეიძლება განვითარდეს ოპერაციის ან ოპერაციის შემდგომ პერიოდში. განსაკუთრებით იმ პაციენტებში, რომლებსაც ადრე დაუდგინდა ან გამოკვლევების შედეგად გამოუვლინდა გულ-სისხლძარღვთა ან ცერებროვასკულარული დაავადებები
- ☐ ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლია
- ☐ ასპირაციული პნევმონია, რომელიც შეიძლება განვითარდეს გადაუდებელი ოპერაციის, სავსე კუჭის და მუცლისშიდა წნევის მაღალი მაჩვენებლების (ორსულობის ან ნაწლავთა გაუვალუბის) დროს
- ☐ ავთვისებიანი ჰიპერთერმია, რომლის დიაგნოსტიკა წინასაოპერაციო პერიოდში ძალიან ძნელია
- ☐ გაუთვალისწინებელი ალერგიული რეაქციები მედიკამენტებსა და სისხლის კომპონენტებზე
- ☐ ნერვის შექცევადი ან შეუქცევადი დაზიანება რეგიონული გაუტკივარების დროს
- ☐ პნევმონია ან ატელექტაზი, რომელიც შეიძლება განვითარდეს იმ პაციენტებში, რომლებსაც წარსულში დაუდგინდათ ან გამოკვლევების შედეგად გამოუვლინდათ სასუნთქი გზების ინფექციები
- ☐ კბილების, ღრძილის, ტუჩების ან პირის ღრუს ლორწოვანის დაზიანება გაუტკივარების პროცედურების ჩატარების დროს
- ☐ ყელის ტკივილი, ხმის ჩახლეჩა გახანგრძლივებული ოპერაციების დროს
- ☐ სხვა მოულოდნელი შემთხვევითი დაზიანება, რომელიც ვერ იქნება ნაგარაუდები გაუტკივარების დაწყებამდე

ოპერაციის ჩასატარებლად არჩეული გაუტკივარების მეთოდი

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ზოგადი ბალანსირებული გაუტკივარება | <input type="checkbox"/> ინჰალაციური ანესთეზია სპონტანური სუნთქვის შენარჩუნებით |
| <input type="checkbox"/> სპინალური გაუტკივარება
ინტრავენური გაუტკივარება | <input type="checkbox"/> ტოტალური |
| <input type="checkbox"/> ეპიდურული გაუტკივარება
ინტრავენური გაუტკივარება | <input type="checkbox"/> ტოტალური |
| <input type="checkbox"/> გამტარებლობითი გაუტკივარება | სპონტანური სუნთქვის შენარჩუნებით
<input type="checkbox"/> სხვა_____ |

დამატებითი შენიშვნები გაუტკივარების შესაძლო გართულების შესახებ:

ექიმი ანესთეზიოლოგი: _____

თანხმობა გაუტკივარებაზე:

მე, _____,
(პაციენტი ან მისი თანმხლები პირი – მიუთითოს პაციენტთან კავშირი)

მცხოვრები _____
(მისამართი)

პირადობის მოწმობა N _____ პირადი ნომერი N _____

გადასტურებ, რომ:

1. ანესთეზიოლოგმა მომანოდა სრული ინფორმაცია მოსალოდნელი გაუტკივარების და ოპერაციის წინა მომზადების შესახებ. საკვების მიღება უნდა შეწყდეს — სთ-ზე. მე მზად ვარ შევასრულო აღნიშნული მითითება.
2. მივანოდე ინფორმაცია ექიმს, ჩემთვის ცნობილი ყველა გადატანილი დაავადების და მედიკამენტების ან საკვების მიმართ ალერგიული რეაქციის შესახებ.
3. მექონდა შესაძლებლობა ანესთეზიოლოგთან მემსჯელა მოსალოდნელი გაუტკივარების შესახებ და მივიღე პასუხი ჩემთვის საინტერესო ყველა კითხვაზე.
4. მექონდა საკმარისი დრო გადაწყვეტილების მისაღებად და ალტერნატიული აზრის მოსმენის საშუალება.
5. საკუთარი ნებით, ყოველგვარი ზეწოლის გარეშე, ანესთეზიოლოგს უფლებას ვაძლევ ჩამიტაროს შესაბამისი გაუტკივარება.
6. თანახმა ვარ ჩამიტარდეს ქირურგიული ჩარევა მითითებულ პირობებში და ანესთეზიოლოგმა საჭიროებისამებრ გამოიყენოს დამატებითი მეთოდები, მათ შორის, განახორციელოს ჰემოტრანსფუზია, რომლის შესაძლო გართულებებსაც ვაცნობიერებ.
7. უფლებას ვაძლევ ანესთეზიოლოგს საკუთარი შეხედულებისამებრ ჩართოს გაუტკივარებაში ექთანი, სანიტარი და სხვა საჭირო პერსონალი.
8. ვიტოვებ უფლებას, ანესთეზიის დაწყებამდე, ნებისმიერ დროს, გავაუქმო აღნიშნული ხელშეკრულება.
9. გავცეცანი აღნიშნულ დოკუმენტს და ჩემთვის ყველაფერი ნათელია.
10. აღნიშნულ ხელშეკრულებას ხელს ვაწერ საკუთარი ნებითა და ნათელი ცნობიერებით.
11. ინფორმირებული ვარ, რომ აღნიშნული ხელშეკრულება ძალაშია 72 საათის განმავლობაში.

☐ თანხმობას ვაცხადებ შემოთავაზებულ გაუტკივარებაზე და ანესთეზიოლოგად ვირჩევ

☐ უარს ვაცხადებ შემოთავაზებულ გაუტკივარებაზე (აღინიშნოს მიზეზი)

პაციენტის (ან პაციენტის ნათესავის, პაციენტის კანონიერი წარმომადგენლის
ან მისი ნდობით აღჭურვილი პირის, ხელმოწერა _____

თარიღი _____

დრო _____

ივსება ქირურგიული პაციენტის მართვის დროს ძირითად სტაციონარულ ბარათთან ერთად.

დანართი 6

სამედიცინო დოკუმენტაცია
ფორმა №IV-300-5/ა

პაციენტის ანესთეზიისა და ოპერაციისათვის მომზადების ფურცელი

პაციენტის სახელი, გვარი

ბარათის ნომერი

№	პაციენტის მომზადება	თარიღი	დრო	პრემედიკაცია		
				მედიკამენტი	თარიღი	დრო
1	დიეტა					
2	ქვ. კიდურებზე ელასტიური ბანდის დახვევა					
3	მედიკამენტი					

განყოფილება პალატის ნომერი

მორიგე ექთანი ხელმოწერა

(სახელი, გვარი)

თარიღი

ზოგადი ანესთეზიის სქემა

ექიმი ანესთეზიოლოგის სახელი გვარი ხელმოწერა

ივსება ქირურგიული პაციენტის მართვის დროს ძირითად სტაციონარულ ბარათთან ერთად.

სამედიცინო დოკუმენტაცია
ფორმა №IV-300-3/ა

ზოგადი ანესთეზიის რუკა

ლოქრაცია:		გეგმური <input type="checkbox"/> გადაუდებ. <input type="checkbox"/>		აგ-ფი:			ისტ. №
თარიღი	წონა კგ.	სიმაღლე სმ.	კონტური				
პრემედიაკაციის ეფექტი: დამაკმ. <input type="checkbox"/> არადამაკმ. <input type="checkbox"/>							
IV კათეტერი <input type="checkbox"/> მომა _____ G ხელი <input type="checkbox"/> , ფეხი <input type="checkbox"/> , გ/სექცია <input type="checkbox"/> CVC <input type="checkbox"/> ლოკალიზაცია _____; D <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>							
ინტუბაცია <input type="checkbox"/> მცდელობა N _____; ენდოტრაქეული მილი <input type="checkbox"/> N _____; ლარინგეალური ნილაბი <input type="checkbox"/> N _____; NG მონდი N _____; შპკ <input type="checkbox"/> N _____							
პირობითი აღნიშვნები							
დრო _____ →							
პირობითი ნიშნები							
T/ A Ps							
180							
170							
160							
150							
140							
130							
120							
110							
100							
90							
80							
70							
60							
50							
40							
30							
20							
10							
Sevofluran vol. %							
Isofluran vol. %							
N ₂ O/O ₂ /ჰაერი ლ/წთ							
SPO ₂ %							
ETCO ₂ mmHg.							
Vt მლ							
FiO ₂							
Pav mmHG							
დიურეზი მლ/სთ							
სისხლის დანაკარგი მლ.							
პირობითი აღნიშვნები: X – ნარკოზის დაწყება და დასასრული ■ – ინტუბაცია და ექსტუბაცია Δ – ოპერაციის დასაწყისი V – ოპერაციის დასასრული სუნთქვა: ○ სპონტანური ● – ფილტვების ხელოვნური ვენტილაცია ! – ასისტოლია							

ივსება ქირურგიული პაციენტის მართვის დროს ძირითად სტაციონარულ ბარათთან ერთად.

დანართი 5

სამედიცინო დოკუმენტაცია
ფორმა №IV-300-4/ა

გაუტკივარების ოქმი „----“ „-----“ 20 წ

პაციენტის სახელი, გვარი _____

ბარათის ნომერი _____ განყოფილება _____ პალატის ნომერი _____

გაუტკივარების აღწერა (პრემედიკაცია, შესავალი ნარკოზი, ტრაქეის ინტუბაციის მეთოდი, ძირითადი ნარკოზის მსლელობა, გართულებები და მათი დეტალური აღწერა, ნარკოზიდან გამოსვლის აღწერა, ექსტუბაცია, პოსტოპერაციულ პალატაში გადაყვანისას პაციენტის მდგომარეობა და დრო, აღმოცენებული გართულებების დეტალური აღწერა, უახლოესი პოსტოპერაციული პერიოდის დახასიათება, გახარჯული სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული ნივთიერებების დოზა და რაოდენობა);

ექიმი ანესთეზიოლოგის სახელი გვარი _____ ხელმოწერა _____
ექთანი ანესთეზისტის სახელი, გვარი _____ ხელმოწერა _____

პაციენტის პოსტოპერაციული პერიოდის მართვის ფურცელი

პაციენტის სახელი, გვარი _____

ბარათის ნომერი _____

განყოფილება _____ პალატის ნომერი _____

ანალიზი	თარიღი																							
	„...“ 200.. წ												„...“ 200.. წ											
	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06	07	08	09
კოაგულოგრამა																								
შაქარი																								
ელექტრო- ლიტები																								
T/A mmHg																								
PS																								
t°C																								
სუნთქვა																								
მიღებული და გამოყოფილი სითხის რაოდენობა																								
დეჰეკაცია																								
დრენაჟიდან გამოყოფილი სითხის რაოდენობა																								
დიურეზი																								
დანიშნულება																								
გადაყვანის დრო: ICU <input type="checkbox"/> ქირურგიული განყოფილება <input type="checkbox"/>																								

მორიგე ექიმი _____
)ხელმოწერა (სახელი, გვარი _____

მორიგე ექთანი _____
(სახელი, გვარი) _____ ხელმოწერა

საოპერაციო უსაფრთხოების ჩეკლისტი

პაციენტი: ასაკი: →

ისტორიის N: ოპერაცია: →

თარიღი:

<p>ანესთეზიის დაწყებამდე</p> <p>(ანესთეზიისტი და ანესთეზიოლოგი)</p> <p>პაციენტი/მეურვე ადასტურებს სახელსა და გვარს. იდენტიფიკაცია ემთხვევა დოკუმენტაციას, პაციენტი/მეურვე ადასტურებს ჩარევის სახეობას? მოწერილი აქვს ხელი ინფორმირებულ თანხმობაზე?</p> <p><input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> დიახ</p> <p>თანხმობები დოკუმენტაცია შეიცავს ყველა კვლევას და დასკვნას?</p> <p><input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> დიახ</p> <p>ქირურგიული ჩარევის, სხეულის მხარე და ადგილი მარკირებულია?</p> <p><input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> დიახ</p> <p>ანესთეზიის სახე და მისი დეტალები ცნობილია: მაგ. გენისა და არტერიის ან ეპიდურული კათეტერიზაცია?</p> <p><input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> დიახ</p> <p>ვერწმუნები ვარ უზრუნველყოფილი და შემოწმებულია?</p> <p><input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> დიახ</p> <p>ანესთეზიის აპარატის ტესტი ჩატარებულია?</p> <p><input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> დიახ</p> <p>ბულსოქსიმეტრი ფუნქციონირებს?</p> <p><input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> დიახ</p> <p>პაციენტს აქვს: ცნობილი ალერგია/ალერგიები?</p> <p><input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დიახ</p> <p>ინტუბაციისა და ასპირაციის რისკები?</p> <p><input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დიახ, არის შესაბამისი მზადყოფნა</p> <p>სისხლის დანაკარგის რისკი (>7მლ/კგ)?</p> <p><input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დიახ, არის შესაბამისი მარაგი</p>		<p>ქირურგიულ ჩარევამდე</p> <p>(ექიანი, ანესთეზიოლოგი და ქირურგი)</p> <p>დადასტურება რომ საოპერაციო ბრიგადის ყველა წევრმა წარადგინა საკუთარი თავი სახელითა და როლით</p> <p><input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> დიახ</p> <p>დადასტურება, რომ შეთანხმებული იყო პაციენტის სახელი, პროცედურა და პროცედურის ადგილი</p> <p><input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> დიახ</p> <p>პაციენტის პოზიცია საოპერაციო მაგიდაზე ცნობილია?</p> <p><input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> დიახ</p> <p>ანტიბიოტიკოპროფილაქსია გაკეთებულია განაკვეთამდე 1 საათის გამგეობაში?</p> <p><input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა საჭიროებს</p> <p>კრიტიკული შედეგების განხილვა: ქირურგი:</p> <p><input type="checkbox"/> ოპერაციის კრიტიკული ეტაპები</p> <p><input type="checkbox"/> ხანგრძლივობა</p> <p><input type="checkbox"/> მოხსენიებულია სისხლის მოსალოდნელი დანაკარგი</p> <p>ანესთეზიოლოგი:</p> <p><input type="checkbox"/> არის რამე სპეციფიური კრიტიკული საკითხი?</p> <p>ექიანი:</p> <p><input type="checkbox"/> სტერეოლოგიის დადასტურება</p> <p><input type="checkbox"/> არის ინსტრუმენტების მიმართულებით პრობლემები?</p> <p>არის თუ არა წარმოდგენილი US, X Ray და MRI სურათები?</p> <p><input type="checkbox"/> არ არის საჭირო <input type="checkbox"/> დიახ</p>		<p>პაციენტის საოპერაციოდან გაყვანამდე</p> <p>(ექიანი, ანესთეზიოლოგი და ქირურგი)</p> <p>პათოლოგიური/ზოქტერიოლოგიური მასალა აღებულია და ზუსტადაა მარკირებული?</p> <p><input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დიახ</p> <p>ინსტრუმენტები, საფენები, ტამპონები და ნემსები დათვლილია და ადგილზეა. ასახულია დოკუმენტაციაში?</p> <p><input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> დიახ</p> <p>ქირურგიის და ანესთეზიოლოგიის პერსონალის მიერ:</p> <p><input type="checkbox"/> განხილულია ჩარევის თავისებურებები</p> <p><input type="checkbox"/> პოსტოპერაციული დანიშნულება</p> <p><input type="checkbox"/> დისპოზიციის ადგილი ცნობილია, პერსონალი ინფორმირებულია</p> <p>ყველა კათეტერი, სადრენაჟო მილი, საინტუბაციო მილი, ზონდი კორექტულადაა ფიქსირებული?</p> <p><input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> დიახ</p> <p>ანესთეზიოლოგი ადასტურებს ტრანსპორტირებას</p> <p><input type="checkbox"/> სატრანსპორტო მოწყობილობები (ჟანგბადი, მონიტორი, რესპირატორი/ამბუს პარკი) შემოწმებულია და მწყობრშია</p> <p><input type="checkbox"/> პაციენტის დოკუმენტაცია, სატრანსპორტო მედიკამენტები და სისხლის პროდუქტები მიყვება პაციენტს</p>
---	--	---	--	---

ექიმი

ექიანი

