|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **BẢNG KIỂM AN TOÀN PHẪU THUẬT**  (Sử dụng bảng kiểm An toàn phẫu thuật của WHO có điều chỉnh cho phù hợp) | Số vào viện: ................. |
| Họ tên người bệnh: ................................................................................................ Sinh năm: ....................................... Giới: ............................ | | |
| Phương pháp phẫu thuật: ............................................................................................. Phương pháp vô cảm: ..................................................... | | |
| □ Phẫu thuật có kế hoạch □ Phẫu thuật cấp cứu Phân loại phẫu thuật:..................................... | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TRƯỚC KHI GÂY MÊ/ VÔ CẢM**  (*Bác sĩ gây mê, Bác sĩ phẫu thuật, KTV)*  Thời gian: ……………….. |  | **TRƯỚC KHI RẠCH DA**  (*Bác sĩ gây mê, Bác sĩ phẫu thuật, KTV)*  Thời gian: ……………….. |  | **TRƯỚC KHI NB RỜI PHÒNG PHẪU THUẬT**  (*Bác sĩ gây mê, Bác sĩ phẫu thuật, KTV)*  Thời gian: ……………….. |
| **1\*. Người bệnh đã được nhận dạng, vị trí mổ, phương pháp phẫu thuật và đồng ý phẫu thuật?**  □ Có | **1. Xác nhận thông tin:**  □ Các thành viên phẫu thuật và gây mê giới thiệu tên và nhiệm vụ của phẫu thuật.  □ Xác nhận lại tên người bệnh, phương pháp phẫu thuật vả vị trí rạch da | **1. Bác sĩ phẫu thuật, KTV dụng cụ xác định bằng miệng trước khi đóng vết mổ:**  **1.1. Hoàn tất việc đếm kim, gạc và các dụng cụ phẫu thuật**  □ Có □ Không  **1.2. Vấn đề gì về dụng cụ cần giải quyết?**  □ Có □ Không |
| **2\*. Vùng mổ được đánh dấu?**  □ Có |
| **3. Thuốc và thiết bị gây mê đã được kiểm tra đầy đủ?**  □ Có | **2. Kháng sinh dự phòng có được thực hiện 60 phút trước gây mê không?**  □ Có □ Không áp dụng |
| **2. KTV thực hiện trước khi chuyển người bệnh:**  □ Dán nhãn bệnh phẩm (*đọc to nhãn bệnh phẩm, gồm cả thông tin người bệnh).*  □ Đảm bảo an toàn và vô khuẩn các hệ thống dẫn lưu (*nếu có).* |
| **4. Máy đo độ bão hòa oxy trong máu có gắn trên NB và hoạt động bình thường**?  □ Có | **3. Phẫu thuật viên:**  **3.1. Dự kiến những bất thường có thể xảy ra?**  □ Có □ Không  **3.2. Thời gian cho ca phẫu thuật là: ...............**  **3.3. Tiên lượng mất máu:**  □ Có □ Không |
| **5\*. Người bệnh** (*Khám, quan sát, hỏi, kiểm tra)*  **5.1. Tiền sử dị ứng/**  □ Có □ Không  **5.2. Đường thở khó/nguy cơ sặc:**  □ Có và có sẵn thiết bị hỗ trợ  □ Không  **5.3. Nguy cơ mất máu trên 500ml (7 ml/kg ở trẻ em)**  □ Có và có sẵn hai đường truyền tĩnh mạch/trung tâm và dịch truyền theo kế hoạch  □ Không | **3. Bác sỹ phẫu thuật, gây mê và KTV ghi rõ:**  □ Những vấn đề chính về hồi sức và chăm sóc người bệnh sau mổ?  ...............................................................................  ...............................................................................  ...............................................................................  ..............................................................................  ...............................................................................  ...............................................................................  ...............................................................................  ...............................................................................  ............................................................................... |
| **4. BS/KTV gây mê: Có vấn đề gì đặc biệt về người bệnh cần chú ý không?**  □ Có.................................................................. □ Không |
| **5. BS/KTV gây mê, KTV dụng cụ:**  **5.1. Các dụng cụ, phương tiện có đảm bảo vô khuẩn không?**  □ Có □ Không  **5.2. Có vấn đề gì về chất lượng thiết bị không?**  □ Có □ Không |
| **\*. Phần dành cho Bác sĩ phẫu thuật**  **Các bước còn lại dành cho BS/KTV gây mê** |
| ***Họ và tên, chữ ký Bác sỹ phẫu thuật*** |  | ***Họ và tên, chữ ký Bác sỹ/KTV gây mê*** |  | ***Họ và tên, chữ ký KTV dụng cụ*** |
| **Chức danh:** |  | **Chức danh:** |  | **Chức danh:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **BẢNG KIỂM TRƯỚC PHẪU THUẬT** | Số vào viện: ................. |
| Họ tên người bệnh: ................................................................................................ Sinh năm: ....................................... Giới: ............................ | | |
| Khoa: ........................................................................... Phòng bệnh: ..................................................... Giường bệnh: ....................................... | | |
| □ Phẫu thuật có kế hoạch □ Phẫu thuật cấp cứu Phân loại phẫu thuật:..................................... | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Nội dung chuẩn bị trước mổ** | **Có** | **Không** |
| **I.** | **Bác sĩ** |  |  |
| 1 | Nhận định tình trạng người bệnh, khám lâm sàng toàn diện. |  |  |
| 2 | Xét Nghiệm, Cận lâm sàng đầy đủ giúp chẩn đoán xác định và tiên lượng bệnh. |  |  |
| 3 | Ghi chép bệnh án đầy đủ: Chẩn đoán, thuốc, biên bản hội chẩn… hoàn thiện bệnh án trước khi chuyển người bệnh lên phòng mổ. |  |  |
| 4 | Giải thích về tình trạng bệnh lý trước mổ, hướng xử trí, những rủi ro có thể xảy ra trong phẫu thuật. Hướng dẫn người bệnh Hoặc người nhà người bệnh viết giấy cam đoan chấp nhận phẫu thuật. |  |  |
| **II.** | **Điều dưỡng** |  |  |
| 1 | Người bệnh hoặc người nhà người bệnh đã được giải thích và chuẩn bị tâm lý trước mổ |  |  |
| 2 | Thông báo thời gian mổ và dự kiến cuộc mổ |  |  |
| 3 | Vệ sinh toàn thân và tại chỗ |  |  |
| 4 | Người bệnh được thụt tháo |  |  |
| 5 | Tháo đồ trang sức, răng giả (*nếu có*) |  |  |
| 6 | Mặc quần áo bệnh viện sạch |  |  |
| 7 | Người bệnh đã nhịn ăn, uống ít nhất 6 giờ trước mổ |  |  |
| 8 | Hỏi tiền sử dị ứng thuốc |  |  |
| 9 | Băng vô trùng vùng mổ (*Xác định vùng mổ)* |  |  |
| 10 | Các chỉ số sinh tồn: Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhiệt độ, cân nặng …. (*1 giờ trước mổ)* |  |  |
| 11 | Thử và tiêm kháng sinh dự phòng (*được thực hiện 60 phút trước gây mê)* |  |  |
| 12 | Bàn giao thuốc, vật tư, hồ sơ bệnh án đầy đủ cho phòng mổ |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **TRƯỞNG KHOA ĐIỀU TRỊ/ PHẪU THUẬT VIÊN** | *Sông Mã, ngày ….. tháng ….. năm*  **ĐIỀU DƯỠNG TRƯỞNG KHOA** |