

Họ tên NB:..... Sinh năm:..... Giới:.....

Chẩn đoán:.....

Phương pháp PT:..... 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:.....
1. Người bệnh đã được nhận dạng, vị trí mổ, phương pháp phẫu thuật và đồng ý phẫu thuật <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
2. Vùng mổ được đánh dấu <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
3. Thuốc và thiết bị gây mê đã được kiểm tra đầy đủ <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
5. Người bệnh: (Khám, quan sát, hỏi, kiểm tra)
5.1. Tiền sử dị ứng <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
5.2. Đường thở có nguy cơ sặc: <input type="checkbox"/> Có và có sẵn thiết bị hỗ trợ <input type="checkbox"/> Không
5.3. Nguy cơ mất máu trên 500 ml (7ml/kg ở trẻ em) <input type="checkbox"/> Có và có sẵn hai đường truyền tĩnh mạch trung tâm và dịch truyền theo kế hoạch

TRƯỚC KHI RẠCH DA (Bác sĩ gây mê, bác sĩ phẫu thuật, KTV)
Thời gian:.....
1. Xác nhận thông tin: 1.1. Các thành viên phẫu thuật và gây mê giới thiệu tên và nhiệm vụ của phẫu thuật <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không 1.2. Xác nhận lại tên người bệnh, phương pháp phẫu thuật và vị trí rạch da <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
2. Kháng sinh dự phòng có được thực hiện 60 phút trước gây mê không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không áp dụng
3. Phẫu thuật viên: 3.1. Dự kiến những bất thường có thể xảy ra <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không áp dụng 3.2. Thời gian dự kiến PT là:.....phút 3.3. Tiên lượng mất máu: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
4. BS/KTV gây mê có vấn đề gì đặc biệt về người bệnh cần chú ý không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có
5. BS/KTV gây mê, KTV dụng cụ: 5.1. Các dụng cụ, phương tiện có đảm bảo vô khuẩn không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không 5.2. Có vấn đề gì về chất lượng thiết bị không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Họ và tên, chữ ký BS/KTV gây mê:
Chức danh:

TRƯỚC KHI NB RỜI PHÒNG PHẪU THUẬT (Bác sĩ gây mê, bác sĩ phẫu thuật, KTV)
Thời gian:.....
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: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không 1.2. Vấn đề gì về dụng cụ cần giải quyết? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
2. BS PT và KTV thực hiện trước khi chuyển NB 2.1. Dán nhãn bệnh phẩm (đọc to nhãn bệnh phẩm, gồm cả thông tin NB) <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không 2.2. Bác sĩ PTV lấy tổ chức bệnh phẩm <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không 2.3. Đảm bảo an toàn và vô khuẩn các hệ thống dẫn lưu (nếu có) <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
3. Bác sĩ phẫu thuật, gây mê và KTV ghi rõ: <input type="checkbox"/> Những vấn đề chính về hồi sức và chăm sóc NB sau mổ?
Họ và tên, chữ ký KTV dụng cụ:
Chức danh:

Họ và tên, chữ ký:
Chức danh: