

 Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Домодедовская стоматологическая поликлиника» (ГБУЗ МО ДСП)	ДОКУМЕНТ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ	НОМЕР:	СХ-001/Ф1
		ЛИСТ:	1
		ВСЕГО:	2
Проверка фактической готовности к экстренной помощи	П5. Экстренная помощь		

Дата и время _____ Кабинет: 21 / иной _____

Проверяющий: должность, Ф. И. О. _____

Проверить лично	Результат / фактическое место
Укладка доступна немедленно; понятная маркировка; пути доступа свободны	
Эпинефрин: название, мг/мл, объём ампулы, количество, серия, ближайший срок	
Шприц 1 мл с подходящей шкалой; иглы для В/М введения, перчатки	
Мешок Амбу: сборка, клапаны, целостность, работа по инструкции	
Лицевые маски: взрослые размеры; прилегание, целостность	
Тонометр: работа, подходящая взрослая манжета	
Остальные препараты: сверка каждого с действующим локальным перечнем и инструкцией; фактический срок каждой серии	
Инфузионные растворы и расходные материалы: вид, объём, целостность, срок	
Синие алгоритмы на месте; доступ к телефону; работники знают вызов	

Недостатки и немедленное замещение _____

Кому сообщено, время _____

Исполнитель устранения _____ Срок _____

Повторная проверка: дата / результат / подпись _____

Проверка фактической готовности к экстренной помощи	П5. Экстренная помощь	
---	-----------------------	--

АНД и общая доступность оснащения

Дата и время _____ Проверяющий _____

Проверить	Факт / действие
АНД: регистратура 2-го этажа; доступ в часы работы, отсутствие запертого препятствия	
Модель и серийный номер; инструкция рядом; обученные работе сотрудники	
Индикатор самотестирования; батарея, срок / заряд по инструкции	
Электроды: совместимость, упаковка, ближайший срок; запас по инструкции	
Взрослые электроды АНД: срок годности, целостность, готовность аппарата и порядок наложения по инструкции	
Доставляющий сотрудник и замена; учебное время от вызова до АНД у пациента	
Пульсоксиметр: наличие, место, исправность	
Глюкометр: наличие, место, полоски совместимые и годные, контроль, ланцеты	
20% липидная эмульсия: наличие, доступ, объём, срок, инфузионное оснащение	
Кислород и переносной аспиратор: обеспеченность / маршрут получения / заявка	

Выявлено _____ Заявка № / дата _____

Временное решение _____ Ответственный _____

Повторная проверка и подпись _____