

**Хирургический чек-лист удаления зуба**

Ф. И. О. пациента _____

Дата рождения _____ Карта № _____ Дата _____ Кабинет _____

Зуб(ы) по FDI _____ Диагноз / вмешательство _____

Отмечать после проверки слух. «Н/п» — не применимо с объяснением. При несоответствии остановиться и устранить причину до продолжения.

1. До анестезии Время _____☐ Ф. И. О. и дата рождения сверены с картой; пациент / представитель подтвердил вмешательство; ИДС оформлено.☐ Аллергии, лекарства, риск кровотечения, диабет и другие значимые болезни проверены; антирезорбтивная терапия и облучение челюстей учтены.☐ Обезболивание и предельная доза проверены по возрасту, массе и инструкции; экстренная укладка доступна.☐ Стерильность, инструменты, оборудование, аспирация и средства гемостаза проверены.Снимок нужного пациента и области доступен: ☐ да ☐ клинически не показан, причина записана.

Анестетик / концентрация _____ Масса ____ кг Предел ____ мг Введено ____ мл / ____ мг

2. Тайм-аут перед удалением Время _____☐ Врач и ассистент назвали пациента, зуб / сторону и объём; сверили рот, формулу и снимок. Перед каждым следующим зубом проверку повторили.☐ План, близость пазухи / нерва, сложность, риск кровотечения и действия при осложнении согласованы.

Антибиотики: решение АБ-01 № _____; цель/основание _____; препарат/доза/время _____

Отметить запланированные зубы. Стороны указаны со стороны пациента (FDI).

Справа пациента	Слева пациента
Верх: 18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
Молочные: 55 54 53 52 51	61 62 63 64 65
Молочные: 85 84 83 82 81	71 72 73 74 75
Низ: 48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38

3. После удаления до ухода пациента Время _____☐ Выполненный объём назван; целостность зуба / корней проверена; оставленный фрагмент, осложнение и изменение плана отражены в карте.☐ Гемостаз устойчив; инструменты, иглы и салфетки учтены; защитные тампоны удалены. Оставленные по показаниям гемостатические материалы / дренажи записаны в карте.☐ Назначения и письменные рекомендации выданы; пациент / представитель повторил тревожные признаки и куда обращаться; контроль назначен.Материал на исследование: ☐ нет ☐ маркировка, направление и журнал сверены; заведующему сообщено.

Контрольный приём _____ Врач / место _____

Отклонения / причина «н/п» / принятые меры _____

Врач _____ Подпись _____ Ассистент _____ Подпись _____

Хранить заполненный лист с медицинской картой. Выполнение отметить в журнале применения хирургического чек-листа; осложнение — в карте и журнале пери- и постоперационных осложнений.