

**Хирургический чек-лист имплантации**

Ф. И. О. пациента _____

Дата рождения _____ Карта № _____ Дата _____ Кабинет _____

Участок(и) по FDI _____ ☐ установка ☐ раскрытие ☐ другое _____

Отмечать после проверки вслух. «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 облечение челюстей учтены.☐ Обезболивание и предельная доза проверены по возрасту, массе и инструкции; экстренная укладка доступна.☐ Стерильность, инструменты, оборудование, аспирация и средства гемостаза проверены.

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

2. Тайм-аут перед разрезом и подготовкой ложа **Время** _____☐ Врач и ассистент назвали пациента, участок, сторону и объём; снимки нужного пациента и ортопедический план открыты; границы нерва, пазухи и корней оценены.☐ Система, модель, диаметр и длина сверены с планом; упаковка и срок годности проверены до вскрытия; инструменты и компоненты совместимы.☐ Последовательность свёрл, ограничители, охлаждение и настройки привода сверены с инструкцией системы; посадка и фиксация шаблона проверены либо он не применяется.Костная пластика / синус-лифтинг: ☐ нет ☐ согласованы; материал, мембрана и резерв проверены.

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

3. Перед ушиванием и уходом пациента **Время** _____☐ Позиция и стабильность оценены; выбран вариант заживления и нагрузки; фактический объём, отклонения, материалы и серии записаны в протоколе.☐ 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.

Участок	Система / модель; REF / LOT	Диаметр × длина	Стабильность: метод / значение
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Этикетки изделий вклеены в карту / паспорт: ☐ да ☐ данные записаны. Остальные имплантаты — в протоколе.Заживление: ☐ заглушка ☐ формирователь ☐ иное _____ Нагрузка / следующий этап _____Контроль _____ Паспорт / сведения об имплантатах пациенту: ☐ выданы

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.