



Чеклист предварительного визита в учреждение, где планируется проведение программы выездного оказания хирургической помощи

Данный чеклист содержит требования протокола Smile Train по обеспечению безопасности и качества, и больницы-партнеры, организующие эти программы, должны убедиться в выполнении всех положений этого протокола до начала действия программ выездного предоставления хирургической помощи в базовой больнице/учреждении. Партнеры должны заполнить этот чеклист и передать его персоналу программы Smile Train, курирующему партнерство, до запланированного начала действия программ выездного предоставления хирургической помощи. В случае отсутствия в базовой больнице какого-либо медицинского оборудования, расходных материалов и инфраструктуры партнер обязан обеспечить их наличие *до начала действия программы выездного предоставления хирургической помощи.*

Базовая больница:

Партнер программы Smile Train:

Требования к базовой больнице, где планируется проведение программы выездного оказания хирургической помощи

Часть I. Организационная структура учреждения

Отметьте «Да» или «Нет»	Базовая больница имеет следующее?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Бесперебойное электроснабжение через энергосистему или с помощью резервного генератора?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Надежный портативный источник кислорода и оксида азота для всех зон предоставления периоперационной помощи (операционная, палата пробуждения и обычная палата)?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Как минимум одну операционную со следующим оборудованием в рамках участия в программе: <ul style="list-style-type: none">• 1 операционный стол;• адекватное освещение операционной (рекомендуется наличие как минимум одной лампы, закрепленной на потолке);• холодильник в операционном блоке.
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Имеет доступ к запасам крови? <ul style="list-style-type: none">• Если нет, как далеко от больницы находится банк крови? Укажите расстояние в километрах и время, необходимое для получения доступа к запасам крови.

Отметьте «Да» или «Нет»	Базовая больница имеет следующее?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Автоклав для стерилизации оборудования? (В случае отсутствия автоклава, возможно использование современного сухожара или дезинфицирующего средства, например Cidex).
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Лаборатория и радиологические услуги для проведения предоперационных обследований?

Если вы ответили «Нет» на любой из указанных выше вопросов, предоставьте дополнительную информацию:

Часть II. Оборудование и расходные материалы в операционной

Отметьте «Да» или «Нет»	Базовая больница имеет следующее медицинское оборудование?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Рабочий отсос, имеющийся на каждом операционном столе и в послеоперационной палате? Необходимо наличие как минимум двух функционирующих отсосов с одноразовыми аспирационными канюлями.
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Испаритель для общей анестезии (по одному для каждого операционного стола)? <i>Если анестезиолог не входит в состав группы, выполняющей предварительный визит в местное учреждение, во время визита необходимо сфотографировать анестезиологическое оборудование и отправить фотографии партнеру-анестезиологу, чтобы убедиться в возможности подобрать соответствующий испаритель.</i>
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Электрокоагуляторы (по одному на каждый стол, с одноразовыми электродами)?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Дефибриллятор с детскими электродами?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Пульсоксиметр?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Монитор(-ы) для неинвазивного измерения артериального давления с манжетами соответствующего размера?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Достаточный запас дыхательных масок, анестезиологических дыхательных контуров, клинков ларингоскопа и эндотрахеальных трубок различных размеров?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Самонадувающийся мешок Амбу?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Ларингеальные маски различных размеров?

Если вы ответили «Нет» на любой из указанных выше вопросов, предоставьте дополнительную информацию:

Часть III. Расходные материалы

Отметьте «Да» или «Нет»	Базовая больница имеет следующее?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Достаточное количество шовного материала, хирургических халатов, операционных простыней, стерилизованных марлевых салфеток, одноразовых стерильных перчаток и чистых перчаток (нестерильных) для использования во время дренажа или подготовки к в/в введению?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	В/в катетеры всех размеров и все материалы, необходимые для установки в/в катетера?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Пластырь или окклюзионная повязка?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Изотонические растворы для в/в введения?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Наборы бюреток (в/в) для маленьких пациентов?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Простые системы для в/в введения? В/в системы для переливания крови?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Набор(-ы) для установки центрального венозного катетера, только одноканальные или двухканальные?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Набор(-ы) для установки артериального катетера, только одноканальные или двухканальные?

Если вы ответили «Нет» на любой из указанных выше вопросов, предоставьте дополнительную информацию:

Часть IV. Безопасная послеоперационная среда

Отметьте «Да» или «Нет»	Базовая больница соответствует следующим критериям?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Выполняет требования в отношении персонала и мониторинга в палате пробуждения и послеоперационной палате, предъявляемые программой Smile Train?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Палата пробуждения расположена рядом с операционной и укомплектована опытными медицинскими специалистами, обученными поддержанию проходимости дыхательных путей и мониторингу?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Имеет действующие инструкции по безопасному переводу пациентов из операционной в палату пробуждения?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Имеет средства температурного контроля в отделении postanестезиологической помощи (например, одеяла или устройства для обогрева пациентов)?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Имеет передаточный документ, в котором анестезиологи сообщают палатному персоналу планы ведения пациентов?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Имеет персонал, ответственный за регулярный мониторинг пациентов в палате в ночное время?

Отметьте «Да» или «Нет»	Базовая больница соответствует следующим критериям?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<p>В палате пробуждения, отделении и отделении интенсивной терапии (при наличии в больнице) имеется реанимационная тележка со всеми материалами для оказания экстренной и реанимационной помощи, включая лекарственные препараты и оборудование, необходимые для дефибрилляции, интубации, внутривенного введения лекарственных препаратов и установки центрального катетера? Материалы регулярно пополняются после использования? Список всех обязательных расходных материалов/оборудования для реанимационных тележек см. в документе «Проверка соответствия существующих партнеров требованиям безопасности» (стр. 16–18).</p>

Если вы ответите «Нет» на любой из указанных выше вопросов, предоставьте дополнительную информацию:

Часть V. Требования к проведению интенсивной терапии

Отметьте «Да» или «Нет»	Базовая больница соответствует следующим требованиям?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<p>Имеет возможности для проведения интенсивной терапии (отделение интенсивной терапии) на территории центра?</p>
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<p>Если нет, имеется соглашение с ближайшим медицинским учреждением о переводе пациентов, лечение которых финансирует Smile Train?</p>

Если вы ответите «Нет» на любой из указанных выше вопросов, предоставьте дополнительную информацию:

«(Ф. И. О. лица, выполняющего предварительный визит в учреждение, где планируется проведение выездной программы оказания хирургической помощи)» от имени «(партнер программы Smile Train)» посетил(-а) базовую больницу и установил(-а), что программы предоставления помощи, действующие в этом учреждении, будут соответствовать необходимым стандартам оказания безопасной хирургической помощи и анестезиологического сопровождения, указанным в протоколе по обеспечению безопасности и качества. Если какое-либо медицинское оборудование, расходные материалы и инфраструктура отсутствуют в базовой больнице, партнер обязан обеспечить наличие этих средств до начала действия программы предоставления хирургической помощи.

 Подпись представителя партнера программы Smile Train

 Дата проверки

 Подпись сотрудника Smile Train

 Дата