



## DANH MỤC KIỂM TRA

### KHI ĐI THĂM ĐỊA ĐIỂM PHẪU THUẬT TẠM THỜI

Danh mục kiểm tra sau đây mô tả các yêu cầu về Qui chuẩn an toàn và chất lượng của Smile Train, những đối tác tổ chức chương trình phẫu thuật phải đảm bảo đáp ứng tất cả các nội dung trong qui chuẩn này, trước khi thực hiện các chương trình tại bệnh viện/cơ sở tạm thời. Danh mục kiểm tra này phải được đối tác hoàn thành và chia sẻ với nhân viên giám sát của Smile Train trước khi có lịch thực hiện các chương trình phẫu thuật. Nếu tại bệnh viện tạm thời không có bất kỳ thiết bị y tế, vật tư và cơ sở hạ tầng nào, đối tác phải đảm bảo rằng những thiết bị này luôn luôn có **trước khi bắt đầu chương trình phẫu thuật**.

**Bệnh viện tạm thời:**

**Đối tác của Smile Train:**

#### Yêu cầu đối với bệnh viện tạm thời

##### Phần I: Trang bị của cơ sở

| Đánh dấu Có hoặc Không                                     | Cơ sở tạm thời có:  |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | Nguồn điện liên tục bằng lưới GRID hay máy phát điện dự phòng?  |
| <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | Oxy di động và oxit nitơ đáng tin cậy cho tất cả các khu vực chăm sóc phẫu thuật (Phòng mổ (OT), khu vực phục hồi (PACU), và phòng khám tổng quát)?   |
| <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | Ít nhất một phòng mổ (OT) có những mục sau trong suốt thời gian có chương trình: <ul style="list-style-type: none"><li>• 01 bàn mổ</li><li>• Có đủ số lượng đèn cho OT (phải có ít nhất một đèn cố định trên trần)</li><li>• Tủ lạnh trong khu OT</li></ul> |
| <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | Nguồn máu? <ul style="list-style-type: none"><li>• Nếu không, ngân hàng máu cách bệnh viện bao xa? Xin ghi khoảng cách bằng kilomet và thời gian lấy máu.</li></ul>   |
| <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | Nồi hấp tiệt trùng cho thiết bị? (Cũng có thể dùng cách khử trùng bằng không khí nóng hiện đại hoặc chất khử trùng như Cidex nếu không có sẵn nồi hấp).   |

Nếu câu trả lời là “Không” cho bất kỳ câu nào trong phần này, vui lòng cung cấp thêm thông tin:

|  |   |
|--|---|
| <b>Đánh dấu Có hoặc Không</b>                              | <b>Cơ sở tạm thời có:</b>                                       |
| <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | Các dịch vụ xét nghiệm và X-quang để đánh giá trước phẫu thuật? |

## Phần II. Vận hành thiết bị & vật tư cho phòng mổ

|  |  |
|--|--|
| <b>Đánh dấu Có hoặc Không</b>                              | <b>Cơ sở tạm thời có các thiết bị y tế sau đây không:</b>  |
| <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | Máy hút chạy tốt ở mỗi bàn trong OR và trong khu phục hồi? Tối thiểu phải có hai máy hút với ống hút dùng một lần chạy tốt.  |
| <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | Máy hóa hơi cho thuốc gây mê tổng quát (một máy cho mỗi bàn trong OT)? <i>Nếu không có bác sĩ gây mê trong nhóm thăm địa điểm, phải chụp ảnh máy gây mê trong khi thăm và gửi cho bác sĩ gây mê của đối tác để đảm bảo có máy hóa hơi phù hợp.</i> |
| <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | Máy đốt điện Electrocautery (mỗi bàn một cái, có dây dẫn dùng một lần)?  |
| <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | Máy khử rung tim có tấm đệm dùng cho trẻ em?   |
| <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | Máy đo oxy xung?   |
| <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | (Các) máy đo huyết áp không xuyên da với vòng quấn có kích thước phù hợp?  |
| <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | Có đủ khâu trang, mạch gây mê, lưỡi soi thanh quản và ống nội khí quản với các loại kích cỡ?   |
| <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | Mặt nạ van túi tự bơm?   |
| <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | Mặt nạ thanh quản (LMA) có các loại kích cỡ?   |

Nếu câu trả lời là “Không” cho bất kỳ câu nào trong phần này, vui lòng cung cấp thêm thông tin:

## Phần III. Vật tư

|  |   |
|--|---|
| <b>Đánh dấu Có hoặc Không</b>                              | <b>Cơ sở tạm thời có:</b>   |
| <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | Đủ số lượng chỉ khâu, áo choàng phẫu thuật, màn phẫu thuật, miếng gạc tệt trùng, găng tay vô trùng dùng một lần và găng tay sạch (không tệt trùng) để sử dụng trong khi hút hoặc bắt đầu vô IV? |
| <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | Ống thông IV mọi kích cỡ và mọi vật liệu cần thiết để thiết lập IV?   |
| <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | Băng dán hoặc băng kín?   |
| <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | Dung dịch IV đẳng trương Isotonic ?   |
| <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | Bộ buret IV cho bệnh nhân nhỏ?  |
| <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | Bộ IV thông thường? Bộ IV tiếp máu?   |

| <b>Đánh dấu Có hoặc Không</b>                              | <b>Cơ sở tạm thời có:</b>                                   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | Bộ tĩnh mạch trung tâm Central venous, chỉ có một hoặc hai? |
| <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | Chỉ có bộ dây truyền động mạch Arterial line, một hoặc hai? |

Nếu câu trả lời là “Không” cho bất kỳ câu nào trong phần này, vui lòng cung cấp thêm thông tin:

#### Phần IV. Môi trường hậu phẫu an toàn

| <b>Đánh dấu Có hoặc Không</b>                              | <b>Cơ sở tạm thời có:</b>   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | Trong khu PACU và khu hậu phẫu có tuân thủ các yêu cầu về nhân sự và giám sát do Smile Train quy định không?  |
| <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | Khu PACU có đặt gần phòng mổ và có nhân viên gồm các chuyên gia y tế giàu kinh nghiệm được đào tạo về quản lý và theo dõi đường thở không?  |
| <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | Có hướng dẫn để chuyển bệnh nhân an toàn từ phòng mổ đến PACU không?  |
| <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | Có phương thức kiểm soát nhiệt độ trong PACU (ví dụ như chăn hoặc máy sưởi bệnh nhân) không?  |
| <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | Có biên bản bàn giao theo đó chuyên gia gây mê trao đổi kế hoạch quản lý bệnh nhân với nhân viên trong khu khám không?  |
| <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | Nhân viên được chỉ định trong khu khám có thường xuyên theo dõi bệnh nhân qua đêm không?  |
| <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | Có một xe đẩy nhiều ngăn trong PACU, khu khám bệnh và ICU (nếu nằm trong cơ sở) với tất cả các nguyên vật liệu cấp cứu và hồi sức, bao gồm thuốc và thiết bị cần thiết để khử rung tim, đặt nội khí quản, thuốc tiêm tĩnh mạch và thông các đường trung tâm? Nguyên liệu có được bổ sung thường xuyên sau khi sử dụng không? Vui lòng tham khảo tài liệu Kiểm tra an toàn cho các đối tác hiện tại (Safety Audit for Existing Partners) để biết tất cả các vật tư/thiết bị bắt buộc phải có trong xe đẩy (trang 16-18). |

Nếu câu trả lời “Không” cho bất kỳ câu nào trong phần này, vui lòng cung cấp thêm thông tin:

#### Phần V. Điều kiện chăm sóc phụ thuộc cao

| <b>Đánh dấu Có hoặc Không</b>                              | <b>Cơ sở điều trị có:</b>   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | Khả năng chăm sóc phụ thuộc cao ngay tại chỗ (ICU) không?   |
| <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | Nếu không, cơ sở có hợp đồng chuyển viện cho bệnh nhân được Smile Train tài trợ tới cơ sở chăm sóc sức khỏe gần đó không? |

Nếu bạn trả lời là “Không” cho bất kỳ câu nào ở trên, vui lòng cung cấp thêm thông tin:

“(Tên của người đến thăm địa điểm phẫu thuật tạm thời trước khi phẫu thuật)” thay mặt cho “(Đối tác của Smile Train)” đã đến thăm bệnh viện tạm thời và xác định rằng các chương trình phẫu thuật diễn ra tại cơ sở này sẽ đáp ứng các qui chuẩn cần thiết để thực hiện phẫu thuật và gây mê an toàn được nêu trong Qui chuẩn an toàn và chất lượng của Smile Train. Nếu bất kỳ thiết bị y tế, vật tư và cơ sở hạ tầng nào không có sẵn tại bệnh viện tạm thời, đối tác có trách nhiệm đảm bảo rằng những thiết bị này luôn sẵn sàng trước khi chương trình phẫu thuật bắt đầu.

\_\_\_\_\_  
Chữ ký của Đại diện đối tác của Smile Train

\_\_\_\_\_  
Ngày kiểm tra

\_\_\_\_\_  
Chữ ký của Nhân viên Smile Train

\_\_\_\_\_  
Ngày