

Họ và tên: Tuổi:..... Giới tính: Nam Nữ Mã NB:.....

Chẩn đoán:..... Phòng mổ:..... Ngày.....tháng..... năm 20.....

TRƯỚC GÂY TÊ, GÂY MÊ

TRƯỚC KHI RẠCH DA

TRƯỚC KHI RỜI KHỎI PHÒNG MỔ

| | | |
|--|--|---|
| <p><i>(Bác sĩ gây mê, KTV/điều dưỡng gây mê)</i> Người bệnh đã được kiểm tra, xác nhận: <input type="checkbox"/> Họ và tên, tuổi, giới tính, mã người bệnh <input type="checkbox"/> Vị trí phẫu thuật <input type="checkbox"/> Phương pháp phẫu thuật dự kiến <input type="checkbox"/> Giấy cam kết chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật, GMHS</p> | <p><i>(Điều dưỡng phòng mổ, Bác sĩ gây mê, PTV)</i> <input type="checkbox"/> Các thành viên trong ekip giới thiệu tên, nhiệm vụ <input type="checkbox"/> Xác nhận lại họ tên người bệnh và vị trí rạch da bằng lời Kháng sinh dự phòng: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không áp dụng</p> | <p><i>(Điều dưỡng phòng mổ, Bác sĩ gây mê, PTV)</i> Điều dưỡng viên xác nhận lại bằng lời: <input type="checkbox"/> Tên của phương pháp mổ <input type="checkbox"/> Hoàn thành đếm gạc, kim và dụng cụ phẫu thuật <input type="checkbox"/> Các vấn đề về dụng cụ cần giải quyết Dán nhãn bệnh phẩm (đọc to cả nhãn bệnh phẩm bao gồm cả tên người bệnh) <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không áp dụng</p> |
| <p>Vùng mổ được đánh dấu: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không áp dụng</p> | <p>Dự kiến: Đối với phẫu thuật viên (PTV): <input type="checkbox"/> Những chú ý trong phẫu thuật hoặc diễn biến bất ngờ <input type="checkbox"/> Thời gian phẫu thuật <input type="checkbox"/> Dụng cụ đặc biệt dùng cho phẫu thuật <input type="checkbox"/> Tiên lượng mất máu Đối với Bác sĩ gây mê: <input type="checkbox"/> Điều cần chú ý trong gây mê ở người bệnh Đối với nhóm Điều dưỡng: <input type="checkbox"/> Xác nhận tình trạng vô khuẩn bằng lời với các loại dụng cụ dùng cho phẫu thuật Thiết bị bị hỏng, bị thiếu: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p> | <p>Đối với PTV, BS gây mê, điều dưỡng: Những vấn đề cần lưu ý đặc biệt về hồi tỉnh và chăm sóc sau mổ</p> |
| <p>Máy đo bão hòa oxy trong máu gắn trên người bệnh và hoạt động bình thường: <input type="checkbox"/> Có</p> | <p>Chẩn đoán hình ảnh thiết yếu được chiếu: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không áp dụng</p> | |
| <p>Người bệnh có tiền sử dị ứng/say tàu xe: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p>Người bệnh có khó thở hoặc có nguy cơ sặc: <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có (thiết bị/dụng cụ hỗ trợ)</p> <p>Người bệnh có nguy cơ mất > 500ml máu (7ml/kg ở trẻ em): <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có, và có sẵn 2 đường truyền/tĩnh mạch trung tâm và dịch truyền/máu.</p> | | |

ĐD dụng cụ/vòng trong
(Ký, ghi rõ họ tên)

Bác sĩ gây mê
(Ký, ghi rõ họ tên)

Phẫu thuật viên
(Ký, ghi rõ họ tên)