

doi: 10.31146/2415-7813-endo-66-1-81-86.

МОСКОВСКАЯ ОБЛАСТЬ

Контрольный список безопасности: практическое применение в условиях многопрофильного стационара

Кузьмина Т.В., старшая операционная сестра
Выборный М.И., Заместитель главного врача по хирургии.
Руководитель отделения минимально инвазивной хирургии
и эндоскопии.

АО «Ильинская больница»

Safety checklist: application in a multi-disciplinary hospital

Kuzmina TV,
Vyborny M.I., Deputy Chief Physician for Surgery. Head of
the Department of Minimally Invasive Surgery and Endoscopy.

Ilyinskaya hospital

РЕЗЮМЕ

Неустанное совершенствование медицинской помощи не исключает наличие тех или иных осложнений у пациентов в ходе реализации их лечения. Этому могут способствовать сложность проводимых манипуляций и операций, возможности новых технологий, возраст и сопутствующая патология пациентов. Преимущественное возникновение неблагоприятных последствий при оказании хирургической помощи побудило медицинское сообщество в первую очередь именно на это обратить своё внимание. В процессе поиска простого инстру-

ABSTRACT

The relentless improvement of medical care does not exclude the presence of certain complications in patients during the implementation of their treatment. This may be facilitated by the complexity of the manipulations and operations performed, the possibilities of new technologies, the age and concomitant pathology of patients. The predominant occurrence of adverse consequences in the provision of surgical care has prompted the medical community to pay attention to this in the first place. In the process of searching for a simple tool to solve problems arising in the provision of

мента для решения проблем, возникающих при оказании хирургической помощи, по инициативе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) был создан Хирургический контрольный список безопасности (чек-лист). Его внедрение в стандартную практику в операционных было направлено на повышение безопасности как анестезии, так и хирургических операций, а также снижение осложнений и смертности за счет улучшения командной работы, коммуникации и последовательности оказания медицинской помощи. Целью данного сообщения является акцентирование внимания специалистов различных областей и рангов на необходимости внедрения чек-листа в повседневную работу многопрофильной больницы в виде стандартизированной процедуры эффективного функционирования команды операционного блока, конечной целью которой является оказание безопасной помощи пациенту. Анализ четырёхлетнего опыта применения хирургического контрольного списка безопасности в Ильинской больнице позволяет говорить о непростом процессе вхождения персонала в рабочий процесс использования, казалось бы, элементарного инструмента. Однако совершенствование процессов коммуникации и адаптация, как самого механизма внедрения чек-листа, так и его содержимого позволяют надеяться на его строгое соблюдение и в конечном итоге значимое снижение всех возможных предотвратимых рисков в ходе оказания хирургической помощи.

В течение столетий медицинская наука, постоянно развиваясь, ставила основной своей задачей излечение все новых и новых заболеваний человека. Наряду с теоретическими знаниями появлялись новые методы выявления заболеваний и конечно же различные подходы к их лечению в том числе и хирургического. Особенно выделяются на этом фоне открытия, сделанные в XX в. от описания групп крови Карлом Ландштейнером [1], выделения инсулина Фредериком Бантингом [2] и описанием пенициллина Александром Флемингом [3] до полного секвенирования генома человека [4] и вхождения в обыденную медицинскую практику роботической хирургии [5].

За все эти годы медицинское сообщество уделяло наименьшее внимание тому самому принципу, высказанному еще Гиппократом: не навреди. Именно этот постулат и обозначает необходимость сопоставлять прогнозируемый вред, причиняемый лечением и самой болезнью.

surgical care, a Surgical Safety Checklist (checklist, SSC) was created at the initiative of the World Health Organization (WHO). Its introduction into standard practice in operating rooms was aimed at improving the safety of both anesthesia and surgical operations, as well as reducing complications and mortality by improving teamwork, communication and consistency of medical care. The purpose of this message is to focus the attention of specialists from various fields and ranks on the need to introduce SSC into the daily work of a multidisciplinary hospital in the form of a standardized procedure for the effective functioning of the operating unit team, the ultimate goal of which is to provide safe care to the patient. An analysis of 4 years of experience in the use of SSC in the Ilyinskaya Hospital allows us to talk about the difficult process of staff entering the workflow of using a seemingly elementary tool. However, the improvement of communication processes and the adaptation of both the mechanism of SSC implementation and its contents allow us to hope for its strict observance and, ultimately, a significant reduction in all possible avoidable risks during the provision of surgical care.

Ключевые слова: контрольный список безопасности, чек-лист, безопасность пациента, интраоперационная безопасность, улучшение качества.

Keywords: surgery safety checklist, checklist, patient safety, perioperative safety, quality improvement.

И вот в начале XXI в. после громко прозвучавшего доклада Национальной медицинской академии США «Человеку свойственно ошибаться: построение более безопасной системы здравоохранения» [6], одной из основных задач медицинских специалистов разных стран стала безопасность пациента. Со всех концов света стали поступать сообщения о различных неблагоприятных событиях, которые могут возникать у пациента в процессе оказания ему медицинской помощи. Оказалось, что большая часть этих самых неблагоприятных или дозорных событий в госпитальных условиях тем или иным образом связаны с хирургическими вмешательствами. Исследователи, анализируя получаемые данные, стали обращать особое внимание на возможную предотвратимость неблагоприятных событий. Оказалось, что почти половины из них могло и не случиться [7].

В то же время, на фоне набирающей обороты концепции Безопасности пациента, под эгидой

ВОЗ была сформирована рабочая группа для создания и ввода в практику инструмента, который бы мог повлиять на сложившуюся ситуацию. И это инструментальный должен был стать не просто формальной брошюрой, а эффективным руководством, работающем по принципу «сделай и проверь» [8].

В процессе поиска оптимальных решений повышения клинической безопасности в 2008г. Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) сформировалась концепция «Безопасная хирургия сохраняет жизни» («Safe Surgery Saves Lives»). На основании этой концепции был спроектирован единый опросник безопасности (Surgical Safety Checklist (SSC)) или хирургический контрольный список безопасности. В ходе первоначального исследования ВОЗ в 2009г., проведенного с участием 7688 пациентов в 8 медицинских центрах, после внедрения использования чек-листа отмечено достоверное снижение частоты осложнений, повторных хирургических вмешательств и госпитальной смертности [9]. И как закономерный исход использование хирургического контрольного списка безопасности было рекомендовано ВОЗ для внедрения в повседневную практику медицинских организаций.

При этом простое внедрение данного чек-листа в качестве стандартной операционной процедуры показало свою неэффективность и сам список разработчики настоятельно рекомендовали адаптировать к локальным реалиям больниц при его внедрении. Дальнейшие полученные результаты не совпадали с первоначальным исследованием. Часть исследователей показали отсутствие эффекта от введения хирургического контрольного списка безопасности [10]. Манипуляции с самим списком также не приносили значимого эффекта. Однако с течением времени особое внимание стало уделяться способу внедрения и адаптации применения чек-листа, что в конечном итоге приносило положительный эффект [11, 12]. Достижение эффективной коммуникации с исполь-

зованием хирургического контрольного списка безопасности как инструмента, который связывает членов междисциплинарной команды друг с другом в ходе выполнения такой сложной задачи, как оперативное вмешательство, является целью создания и внедрения его в повседневной деятельности при проведении хирургических вмешательств, конечной целью которого является повышение качества оказания медицинской помощи.

В своей повседневной деятельности операционный блок с процедурной эндоскопии Ильинской больницы, начиная с 2019 г. использует хирургический контрольный список безопасности в том числе и проведении эндоскопических вмешательств. Это особенно актуально, учитывая растущий объем эндоскопических процедур, которые становятся все более интервенционными и технически продвинутыми, а также популяцию пациентов с большим количеством сопутствующих заболеваний. Контрольный список был введен в практику не как дополнительная опция, а в качестве обязательного к исполнению процесса. За основу нами был взят рекомендованный ВОЗ шаблон с некоторой модификацией (рис. 1). При этом нами постоянно уделяется особое внимание для преодоления препятствий к инновациям и адаптации новых сотрудников, которые ранее не были знакомы с подобной системой. При поступлении новых сотрудников на работу в операционный или же новых хирургов, ранее не имеющих практики работы с чек-

Контрольный перечень мер по обеспечению хирургической безопасности		
 Всемирная организация здравоохранения Безопасность пациентов		
До начала анестезии (в присутствии, как минимум, медсестры и анестезиолога)	До рассечения кожи (в присутствии медсестры, анестезиолога и хирурга)	До того, как пациент покинет операционную (в присутствии медсестры, анестезиолога и хирурга)
Подтвердил ли пациент свое имя, место операции, процедуру и согласие? ☐ Да Маркировано ли место операции? ☐ Да ☐ Не применимо Проведена ли проверка оборудования и лекарственных средств для анестезии? ☐ Да Пульсоксиметр зафиксирован на пациенте и функционирует? ☐ Да Имеется ли у пациента: Известная аллергия? ☐ Нет ☐ Да Проблемы дыхательных путей или риск аспирации? ☐ Нет ☐ Да, и имеется оборудование/необходимая помощь Риск кровотечения >500мл (7мл/кг у детей)? ☐ Нет ☐ Да, предусмотрены два устройства для ВВ / центрального доступа и жидкости для вливания	Подтвердите, что все члены бригады представились по имени и назвали свою роль. Подтвердите имя пациента, процедуру и место, где будет проведено рассечение. Проводилась ли антибиотикопрофилактика за последние 60 минут? ☐ Да ☐ Не применимо Ожидаемые критические события С точки зрения хирурга: ☐ Критические или неожиданные меры? ☐ Длительность операции? ☐ Ожидаемая кровопотеря? С точки зрения анестезиолога: ☐ Специфические для данного пациента проблемы? С точки зрения операционных сестер: ☐ Стерильность (включая показания приборов) подтверждена? ☐ Проблемы с оборудованием или иные вопросы? Визуализация необходимых изображений обеспечена? ☐ Да ☐ Не применимо	Медсестра устно подтверждает: ☐ Наименование процедуры ☐ Подсчет количества инструментов, тампонов и игл завершен ☐ Образцы маркированы (зачитывает надписи на образцах, включая имя пациента) ☐ Имеются ли проблемы с оборудованием, требующие устранения Хирург, анестезиолог и медсестра: ☐ Каковы основные проблемы, касающиеся реабилитации и ведения данного пациента?

Рис. 1. Хирургический контрольный список безопасности (чек-лист), ВОЗ, 2009 г.

листами, важно психологически их поддержать и снять напряжение. Это достигается путем лекций, тренировок и необходимых разъяснений о важности соблюдения культуры клиники и внутренних правил.

Хирургический контрольный список безопасности Ильинской больницы представлен в электронном виде и встроен в медицинскую информационную систему. Он состоит из трёх больших разделов по аналогии с чек-листом ВОЗ: подача пациента (перед индукцией анестезии, sign in), предоперационный тайм-аут (перед кожным разрезом, time-out), завершение операции (перед тем, как пациент покинет операционную, sign-out). Прохождение первого блока контрольного списка, «перед индукцией анестезии, sign in» начинается в зоне предоперационной подготовки (рис. 2). Это особая зона в операционном блоке, зона переключки. Прохождение чек-листа начинается с раздела идентификации пациента по определённым параметрам и проводится персоналом операционного блока медицинской операционной сестрой - координатором и представителем анестезиологической бригады, анестезистом с последующим переводом пациента в операционную. Данный раздел хирургического контрольного списка безопасности состоит из нескольких последовательных подразделов. Первый из которых – это паспортная часть, где фиксируется дата и время, номер операционной, номер электронной медицинской карты пациента, его фамилия, имя и отчество, дата рождения, вид предстоящего оперативного вмешательства (плановое, экстренное или срочное), ряд хронических заболеваний в виде значимой патологии, которая может повлиять на ход течения анестезии и хирургического вмешательства или обуславливающая соблюдение особых эпидемиологических мер (туберкулёз, ВИЧ, гепатит, сахарный диабет, COVID). Вторым подразделом является идентификация пациента и включает непосредственную идентификацию личности пациента – особо важный пункт, как одно из главенствующих условий повышения безопасности. Идентификация пациента в Ильинской больнице осуществляется с использованием специального браслета. Фиксируется сам факт его наличия и дублирования информации в медицинской карте (досье) пациента. При дальнейшем прохождении контрольного списка отмечается факт наличие имплантированных устройств и/или протезов в организме пациента и наличие компрессионного трикотажа в качестве меры профилактики тромбозмболических

ИЛЬИНСКАЯ БОЛЬНИЦА		Дата: " " 20 г. Время: _____ № операционной: _____		№ ЭМК: ФИО: Дата рождения:	
Наличие ☐ ИБРА ☐ ИСВ ☐ ИИВ		Операция ☐ плановая ☐ экстренная			
Контрольный перечень мер по обеспечению хирургической безопасности					
☐ Идентификация пациента		Наличие браслета ☐ Да ☐ Нет		Наличие досье ☐ Да ☐ Нет	
Имплантированные устройства		☐ ЭКС ☐ Эндопротез		☐ Металлоконструкция	
Компрессионное белье		☐ Да ☐ Нет			
Вид оперативного вмешательства		Название: _____			
Оперируемая сторона		☐ Справа ☐ Слева ☐ Не актуально		Маркировано ли место операции (отв. хирург) ☐ Да ☐ Нет ☐ Не требуется	
Предоперационный эпикриз		☐ Да ☐ Нет ☐ Не требуется			
Предоперационный консилиум		☐ Да ☐ Нет ☐ Не требуется			
Информированное согласие на оперативное вмешательство		☐ Да ☐ Нет ☐ Не требуется			
Информированное согласие на анестезию		☐ Да ☐ Нет ☐ Не требуется			
Предоперационный осмотр анестезиолога		☐ Да ☐ Нет ☐ Не требуется			
Наркотно-дыхательное оборудование исправно		☐ Да ☐ Нет			
Пульсоксиметр и др. мониторирующее оборудование на пациенте и функционирует		☐ Да ☐ Нет			
Аллергия ☐ Да, на _____ ☐ Нет					
Сложные дыхательные пути / риск аспирации		☐ Да и оборудование подготовлено ☐ Нет			
Риск кровопотери > 500 мл (для детей > 7 мл/кг)		☐ Да, адекватный венозный доступ и инфузионные средства имеются ☐ Нет			
Проведена ли антибиотикопрофилактика в течение последних 60 мин		☐ Да ☐ Нет			
Антикоагулянтная, антиромбоцитарная терапия до операции		☐ Да ☐ Нет			
Группа крови, резус фактор		_____			

Рис.2. Раздела чек-листа в электронной медицинской карте «Подача пациента перед индукцией анестезии, sign in».

осложнений. Следующим подразделом в контрольном списке является идентификация запланированного вмешательства. В процессе прохождения списка проводится сверка вида оперативного вмешательства с назначенной операцией, проверяется обозначение стороны вмешательства и маркировка области оперативного вмешательства (при необходимости), отмечается наличие предоперационного эпикриза и врачебного консилиума (при необходимости), а также обязательное наличие информированного добровольного согласия на планируемые оперативное вмешательство и анестезиологическое пособие, заключительным пунктом проверки является наличие заявки на операцию. Четвёртым подразделом «перед индукцией анестезии, sign in» следует проверка безопасности анестезии с непосредственным участием врача – анестезиолога. В ходе контроля отмечается наличие предоперационный осмотр анестезиолога, исправность наркотно-дыхательного оборудования, функционирование пульсоксиметрии и другого мониторирующего оборудования, фиксируется отметка о наличии аллергических реакций и их описание, сложных дыхательных путей и риска аспирации при наличии, а также меры возможных для их предотвращения, отмечается факт начала антикоагулянтной терапии в предоперационном периоде и в заключение раздела сверяется наличие анализа определения группы крови и резус-фактора пациента.

После прохождения блока «перед индукцией анестезии, sign in» наступает предоперационный тайм-аут, «перед кожным разрезом, time-out» (рис. 3), где все участники операционной бригады после представления оговаривают ожидаемые критические события предстоящего оперативного вмешательства и анестезиологического пособия (рис. 4). Хирургом – сложные этапы, ожидаемая кровопотеря и т.д., необходимая укладка пациента, меры профилактики пролежней. Анестезиологом – вид анестезии, специфические риски анестезиологического пособия, профилактика пролежней, рекомендуется ли смена положения головы и конечностей. Завершает раздел операционная сестра, подтверждая стерильность инструментов, готовность необходимого оборудования, расходных материалов, имплантов и медицинская сестра-координатор подтверждением готовности к оперативному вмешательству с загрузкой и представлением необходимых изображений, готовностью всех компонентов интеграции. После подтверждения готовности звучит объявление времени начала операции и начала её аудио- и видеозаписи (рис. 5).

Третий и заключительный блок завершение операции, «перед тем, как пациент покинет операционную, sign-out» (рис. 6) начинается до непосредственного окончания оперативного вмешательства. Данный этап осуществляется медицинской сестрой-координатором и включает в себя учёт использованного инструментария, расходного материала, контроль за биологическим материалом, полученным в ходе операции и фиксирование возникших проблем с оснащением при их наличии. Все этапы контрольного списка по его завершении визируются участниками оперативного вмешательства на распечатанном бумажном варианте контрольного списка (рис. 7, рис. 8) и прикрепляются к электронной медицинской карте пациента.

Эффективным внедрение и использование хирургического контрольного списка безопасности при проведении оперативных вмешательств в том числе в эндоскопии желудочно-кишечного тракта может быть только при условии обязательного предварительного обучения, точного его исполнения, наличия периодического сбора обратной связи от участников процесса, а также при наличии необходимых локальных правок с учетом тех или иных пожеланий, особенностей функционирования клиники. И только так использование чек-листа действительно позволит усовершенствовать

Предоперационный тайм аут (Time out)	☐ Все участники операционной бригады представились по имени и роли			
	Хирург, анестезиолог, м/с координатор словесно подтвердили соответствие:			
	☐ Пациент		☐ Сторона	
	☐ На спине		☐ Название операции	
	☐ На правом боку		Необходимо ли изменить положение пациента во время операции	
	☐ На левом боку		☐ Да ☐ Нет	
	☐ Литотомическое		☐ Нет	
	☐ Тractionный стол		Турникет на конечность ☐ Да ☐ Нет	
	☐ "Плывущее кресло"			
	Обсуждены ожидаемые критические события			
☐ Хирург: возможные сложные этапы операции, продолжительность, ожидаемая кровопотеря.				
Укладка пациента верная: Да ☐ Нет ☐		Комментарии		
Меры профилактики пролежней: Да ☐ Нет ☐		Комментарии		
☐ Анестезиолог: вид анестезии, специфические риски по данному пациенту.				
Профилактика пролежней: рекомендуется ли смена положения головы и конечностей: Да ☐ Нет ☐		Комментарии		
Операционная м/с: ☐ Стерильность инструментов подтверждена				
☐ Необходимое оборудование готово				
Расходные материалы ☐ Да ☐ Нет ☐		☐ Не требуется		
Импланты ☐ Да ☐ Нет ☐		☐ Не требуется		
М/с координатор: ☐ Необходимые снимки и изображения доступны				
☐ Все компоненты интеграции готовы				
☐ Объявление времени начала операции и начала видео/аудиозаписи				

Рис. 3. Раздела чек-листа в электронной медицинской карте «Предоперационный тайм-аут (перед кожным разрезом, time-out)»



Рис. 4. Предоперационный тайм-аут



Рис. 5. Операционная сестра - координатора, зачитывающий чек лист

Завершение операции (Sign out)	М/с координатор:			
	☐ Время завершения операции, видео/аудиозаписи			
	☐ Название записанной операции			
	☐ Стикеры имплантов вклеены / отданы врачу			
	☐ Счет инструментов, перевязочных материалов, игл произведен			
	Гистология ☐ Да, материал промаркирован верно. Количество образцов _____		☐ Нет	
	Бак. посев ☐ Да ☐ Нет		☐ Нет	
	Цитология ☐ Да ☐ Нет		☐ Нет	
	Иностранные тела и извлеченные материалы ☐ Да ☐ Нет		☐ Нет	
	☐ Да ☐ Нет		☐ Переданы хирургу	
Были ли проблемы с оборудованием, расходными материалами и их доставкой в операционную				
☐ Да ☐ Нет		☐ Нет		
ФИО хирурга:	ФИО анестезиолога:	ФИО операционной м/с:	ФИО м/с координатора:	
Подпись:	Подпись:	Подпись:	Подпись:	

Рис. 6. Раздела чек-листа в электронной медицинской карте «Завершение операции, перед тем, как пациент покинет операционную, sign-out»

ИЛЬИНСКАЯ БОЛЬНИЦА

Дата: 23 января 2024 г. № ЭМК: 00000

Время: 7:40:56 ФИО: Не операционной: Операционная №4

Операция ☒ плановая ☐ экстренная ☐ срочная

Заболевания ☐ туберкулез ☐ ВИЧ ☐ диабет ☐ гепатит В ☐ гепатит С ☐ COVID-19

Дата отриц. результата

Контрольный перечень мер по обеспечению хирургической безопасности

☒ Идентификация пациента Наличие браслета ☒ Да ☐ Нет Наличие досы ☒ Да ☐ Нет

Имплантированные устройства ☐ ЭКС ☐ Эндопротез ☐ Металлоконструкция

Компрессионное белье ☒ Да ☐ Нет

Вид оперативного вмешательства Название: Тотальное эндопротезирование левого коленного сустава.

Оперуемая сторона ☒ Справа ☐ Слева ☐ Не актуально Маркировано ли место операции (отв. хирург) ☒ Да ☐ Нет ☐ Не требуется

Предоперационный эпидурал ☒ Да ☐ Нет

Предоперационный консилиум ☐ Да ☐ Нет ☒ Не требуется

Информационное согласие на оперативное вмешательство ☒ Да ☐ Нет ☐ Не требуется

Информационное согласие на анестезию ☒ Да ☐ Нет ☐ Не требуется

Предоперационный осмотр анестезиолога ☒ Да ☐ Нет ☐ Не требуется

Наркотно-дыхательное оборудование исправно ☒ Да ☐ Нет

Пульсоксиметр и др. мониторирующие оборудование на пациенте и функционирует ☒ Да ☐ Нет

Аллергические реакции: не отмечались

Сложные дыхательные пути / риск аспирации ☐ Да и оборудование подготовлено ☒ Нет

Проведена ли антибиотикопрофилактика в течение последних 60 мин ☒ Да ☐ Нет

Антиромбоцитарная, антикоагулянтная терапия до операции ☒ Да ☐ Нет

Группа крови, резус фактор

Рис. 7 Завершенный чек-лист в электронной медицинской карте для переноса на бумажный носитель.

ИЛЬИНСКАЯ БОЛЬНИЦА

Дата: 23 января 2024 г. № ЭМК: 00000

Время: 7:40:56 ФИО: Не операционной: Операционная №4

Все участники операционной бригады представлены по имени и роли

Пациент ☒ Пациент ☒ Сторона ☒ Название операции

Положение пациента на столе во время операции ☒ На спине ☐ На правом боку ☐ На левом боку ☐ На животе ☐ Литотомическое ☐ Травматический стол ☐ "Плывущее кресло"

Необходимо ли изменить положение пациента во время операции ☐ Да ☒ Нет

Турнирует на конечность ☒ Да ☐ Нет

Обсуждены ожидаемые критические события

Хирург: возможные сложные этапы операции, продолжительность, ожидаемая кровопотеря

Укладка пациента верная: ☒ Да ☐ Нет ☐ Комментарии

Меры профилактики пролежней: ☒ Да ☐ Нет ☐ Комментарии

Анестезиолог: вид анестезии, специфические риски по данному пациенту

Профилактика пролежней: рекомендована ли смена положения головы и конечностей ☒ Да ☐ Нет ☐ Комментарии

Операционная м/с: ☒ Стерильность инструментов подтверждена ☒ Необходимо оборудование готово

Расходные материалы ☒ Да ☐ Нет ☐ Не требуется

Импланты ☒ Да ☐ Нет ☐ Не требуется

М/с координатор: ☒ Необходимые снимки и изображения доступны

Все компоненты интеграции готовы ☒ Да ☐ Нет

Объявление времени начала операции и начала видео/аудиозаписи ☒ Да ☐ Нет

М/с координатор:

Время завершения операции, видео/аудиозаписи ☒ Да ☐ Нет

Название записи операции ☒ Да ☐ Нет

Стежки имплантов вклеены / отданы врачу ☒ Да ☐ Нет

Счет инструментов, перевязочных материалов, игл произведен

Количество цветных салфеток до: _____ после: _____

Количество марлевых до: _____ после: _____

Количество салфеток больших до: 10 после: 10

Количество салфеток средних до: 40 после: 80

Количество салфеток малых до: _____ после: _____

Количество шариков до: _____ после: _____

Количество ватников до: _____ после: _____

Количество инструментов до: 68 после: 68

Количество игл до: 4 после: 4

Гистология ☐ Да, материал промаркирован верно. ☒ Нет

Бак. посев ☐ Да ☒ Нет

Цитология ☐ Да ☒ Нет

Инородные тела и извлеченные материалы ☒ Нет

Переданы хирургу ☐ Да ☒ Нет

Были ли проблемы с оборудованием, расходными материалами и их доставкой в операционную ☐ Да ☒ Нет

ФИО хирурга: _____ ФИО анестезиолога: _____ ФИО операционной м/с: _____ ФИО м/с координатора: _____

Подпись: _____ Подпись: _____ Подпись: _____ Подпись: _____

Рис. 8 Завершенный чек-лист в электронной медицинской карте для переноса на бумажный носитель.

вать процессы коммуникации внутри команды и максимально повысить эффективность оказания медицинской помощи, доведя ее уровень до целевых международных стандартов качества.

В медицине, как в динамичной практике с высоким риском, большой сложностью и ожидаемой неопределенностью ошибки случаются каждый день. Выдающийся врач как хранитель всех знаний и мудрости уже нереален. Существует так много информации, так много граней человека, современных технологий и меняющейся системы здравоохранения, что децентрализация лидерства и принятие ценности каждого члена команды в виде обмена опытом для действительно ориентированного на пациента ухода становится обновленной моделью постоянного улучшения здравоохранения. Внедрение подобных контрольных списков позволит повысить эффективность работы, конечной целью которой является безопасность пациента.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

- Landsteiner K. Ueber Agglutinationserscheinungen normalen menschlichen Blutes // Wiener klin.Wschrft. - 1901 - Jg. XIV. - N 46 - s. 1132-1134.
- Banting F.G. The effect produced on diabetes by extracts of pancreas / F.G. Banting, C.H. Best, J.B. Collip, W.R. Campbell, A.A. Fletcher, J.J.R. Macleod, E.C. Noble // Trans. Assoc. Am. Physicians. — 1922. — Vol. 37. — P. 337-347
- A Fleming. Classics in infectious diseases: on the antibacterial action of cultures of a penicillium, with special reference to their use in the isolation of B. influenzae by Alexander Fleming, British Journal of Experimental Pathology 10:226-236, 1929
- International Human Genome Sequencing Consortium. Finishing the euchromatic sequence of the human genome. Nature 431, 931-945 (2004).
- Sakshi Bramhe and Swanand S Pathak Robotic Surgery: A Narrative Review. Cureus. 2022 Sep; 14(9): e29179.
- To Err is Human: Building a Safer Health System Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, Molla S. Donaldson , editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000.
- The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. E N de Vries, M A Ramrattan, S M Smorenburg, D J Gouma and M A Boermeester. Qual Saf Health Care. 2008 Jun; 17(3): 216-223.
- The Checklist Manifesto How To Get Things Right, Atul Gawande
- Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. N Engl J Med. 2009;360(5):491-499.
- Urbach D. R., Govindarajan A., Saskin R. et al. Introduction of Surgical Safety Checklists in Ontario, Canada // N. Engl. J. Med. 2014. Vol. 370. P. 1029-1038.
- Young-Xu Y., Neily J., Mills P. D. et al. Association between implementation of a medical team. training program, and surgical morbidity // Arch. Surg. 2011. Vol. 146. P. 1368-1373.
- Effect of the World Health Organization Checklist on Patient Outcomes. A Stepped Wedge Cluster Randomized Controlled Trial. Haugen, Arvid Steinar MSc; Softeland, Eirik MD, PhD; Almeland, Stian K. MD; Sevdalis, Nick PhD; Vonen, Barthold MD, PhD; Eide, Geir E. PhD; Nortvedt, Monica W. PhD; Harthug, Stig MD, PhD, Annals of Surgery 261(5):p 821-828, May 2015.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.