

## ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ (ЧЕК-ЛИСТ)

### Наложение повязки Дезо

ФИО \_\_\_\_\_ Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

№ п/п	Практические действия	Отметка о вы- полнении
1.	Установить контакт с пациентом: Поздороваться, представиться, обозначить свою роль	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
2.	Попросить пациента представиться (ФИО и дата рождения)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
3.	Сверить ФИО пациента и возраст с медицинской документацией	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
4.	Сообщить пациенту о назначении врача	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
5.	Объяснить ход и цель процедуры	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
6.	Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<b>Подготовка к процедуре</b>	
	<i>Подготовить оснащение:</i>	
7.	– Нестерильный бинт шириной 14 см (3-4 шт.)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
8.	– Ватно- марлевый валик	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
9.	– Булавка.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
10.	– Кожный антисептик для обработки рук	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
11.	– Нестерильные перчатки	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
12.	– Емкости для отходов класса А и Б	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
13.	Усадить пациента лицом к себе, чтобы следить за его состоянием	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
14.	Обработать руки гигиеническим способом	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
15.	Одеть нестерильные перчатки	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<b>Выполнение процедуры</b>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
16.	Вложить в подмышечную впадину валик из ваты, обернутый марлей	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
17.	Согнуть предплечье в локтевом суставе под прямым углом	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
18.	Прижать предплечье к груди	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
19.	Сделать два закрепляющих тура бинта по груди, больной руке в области плеча, спине и подмышечной впадине со стороны здоровой конечности	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
20.	Вести бинт через подмышечную впадину здоровой стороны по передней поверхности груди косо на надплечье больной стороны	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
21.	Опустить бинт вниз по задней поверхности больного плеча под локоть	
22.	Обогнуть локтевой сустав и, поддерживая предплечье, направить бинт косо в подмышечную впадину здоровой стороны	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
23.	Вести бинт из подмышечной впадины по спине на больное надплечье	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
24.	Вести бинт с надплечья по передней поверхности больного плеча под локоть и обогнуть предплечье	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
25.	Направить бинт по спине в подмышечную впадину здоровой стороны	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
26.	Повторить туры бинта до полной фиксации плеча	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
27.	Закончить повязку двумя закрепляющими турами по груди, больной руке в области плеча, спины, закрепить булавкой	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
28.	Спросить пациента о его самочувствии.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
29.	Оценить достигнутые результаты	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<b>Завершение процедуры</b>	
30.	Поместить упаковки от бинтов в контейнер для медицинских отходов класса А	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
31.	Снять перчатки	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
32.	Поместить перчатки в емкость для медицинских отходов класса Б	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
33.	Обработать руки гигиеническим способом	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
34.	Сделать запись о факте иммобилизации в медицинскую карту пациента, получающего помощь в амбулаторных условиях (форма 025/у)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

35.	Вызвать бригаду СМП	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
-----	---------------------	--

\_\_\_\_\_  
**ФИО члена комиссии**

\_\_\_\_\_  
**Подпись**

	Общее число действий	Правильно выполнено
Результат		