

ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ (ЧЕК-ЛИСТ)

Закапывание капель в нос

ФИО _____ Дата «__» _____ 20__ г.

№ п/п	Практические действия	Отметка о выполнении
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
Подготовка к процедуре		
<i>Подготовить оснащение:</i>		
7.	– Капли для носа	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
8.	– Стерильная пипетка	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
9.	– Лоток	<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 Б, с дезраствором	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
13.	Проверить название лекарственного средства	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
14.	Проверить дозировку лекарственного средства	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
15.	Проверить срок годности лекарственного средства	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
16.	Предложить пациенту сесть на стул	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
17.	Обработать руки гигиеническим способом	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
18.	Надеть нестерильные медицинские перчатки	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Выполнение процедуры		
19.	Набрать в пипетку лекарственное средство (по 3-4 капли для каждой половины носа).	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
20.	Попросить пациента слегка запрокинуть голову и наклонить ее в сторону закапывания (в левую ноздрю – влево, в правую ноздрю – вправо).	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
21.	Приподнять пациенту кончик носа	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
22.	Закапать капли в нижний носовой ход с одной стороны	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
23.	Попросить пациента прижать пальцем крыло носа к перегородке и сделать лёгкие круговые движения.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
24.	Попросить пациента слегка запрокинуть голову и наклонить ее в другую сторону (в левую ноздрю – влево, в правую ноздрю – вправо).	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
25.	Приподнять пациенту кончик носа	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
26.	Закапать капли в нижний носовой ход с другой стороны	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
27.	Попросить пациента прижать пальцем крыло носа к перегородке и сделать лёгкие круговые движения.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
28.	Контролировать состояние пациента	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
29.	Оценить достигнутые результаты	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Завершение процедуры		
30.	Поместить пипетку и лоток в емкость для медицинских отходов класса «Б» / с дезраствором	<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» / с дезраствором	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
33.	Обработать руки гигиеническим способом	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
34.	Узнать у пациента его самочувствии	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
35.	Сделать запись о выполненной процедуре в журнале учета процедур/назначений 029/у и листе назначений	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

ФИО члена комиссии _____

Подпись _____

	Общее число действий	Правильно выполнено
Результат	35	

