

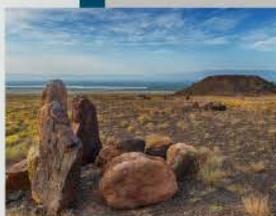


*Международные цели
безопасности пациента*
**«Хирургическая
безопасность в Казахстане»**



**NATIONAL RESEARCH
CARDIAC SURGERY CENTER**
National medical holding

**ҰЛТТЫҚ ҒЫЛЫМИ
КАРДИОХИРУРГИЯ ОРТАЛЫҒЫ**
Ұлттық медициналық холдинг



Гульнур Надирбекова
Директор по сестринскому делу
АО «Национальный научный
кардиохирургический центр»

Астана, 2017



Кардиохирургия

64 койка

**Интервенционная
кардиология**

46 койка

Кардиология

90 койка

Общее количество койек: **200**

Общая площадь: **37.6 тыс. м2**

Операционных: **6**; Ангиографических операционных: **4**;
Реанимационных койек: **36**

Центр является **координатором кардиохирургической
службы РК**

Центр аккредитован по **международным стандартам JCI и НЦА**

6 целей МЦБП:

1. Идентификация пациента
2. Эффективная передача информации среди сотрудников;
3. Повышение безопасности использования медикаментов высокого риска
- 4. Проверка правильности участка хирургического вмешательства, правильности процедуры, правильности пациента**
5. Снижение внутрибольничных инфекций
6. Снижение риска получения травм от падений



Цель

"Безопасная хирургия спасает жизни"

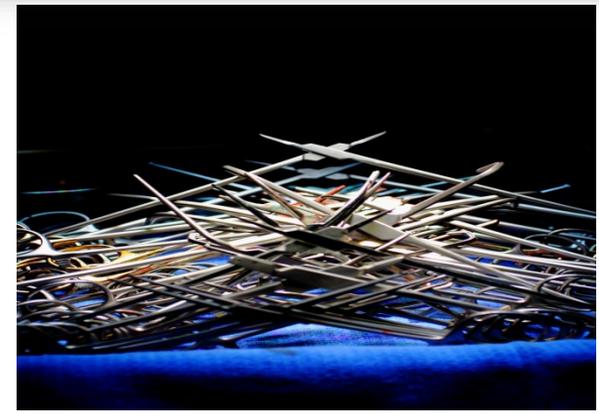
- В мире 234 млн. обширных операции (по одному на каждые 25 человек),
- серьезные осложнения 3-16%
- стойкая нетрудоспособность или смертность примерно 0,4-0,8%.
- В развивающихся странах смертность 5-10%.

«Использование Контрольного перечня является наилучшим способом сокращения числа хирургических ошибок и улучшения безопасности пациентов».

д-р Маргарет Чен, Генеральный директор ВОЗ.



Анестезия и хирургическое лечение



**NATIONAL RESEARCH
CARDIAC SURGERY CENTER**

Тайм-аут

**короткая пауза, во время
которой проводится проверка
правильности участка
хирургического
вмешательства, правильности
процедуры, правильности
пациента.**



Контрольный перечень мер по обеспечению хирургической безопасности



Всемирная
организация здравоохранения

Безопасность пациентов
Важнейший элемент в борьбе с ошибками и осложнениями лечения

До начала анестезии

(в присутствии, как минимум, медсестры и анестезиолога)

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 кровопотери > 500 мл (7 мл/кг у детей)?

- Нет
 Да, предусмотрены два устройства для ВВ/центрального доступа и жидкости для вливания

До рассечения кожи

(в присутствии медсестры, анестезиолога и хирурга)

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:

- Специфичные 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

До того, как пациент покинет операционную

(в присутствии медсестры, анестезиолога и хирурга)

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?

Тайм аут



I. До операции



II. Вовремя операции



III. После операции



I. До операции

1. Наличие идентификационного браслета;
2. Наличие письменного информационного согласия *на операцию, переливание компонентов крови, проведение анестезии;*
3. Маркировка операционного поля.

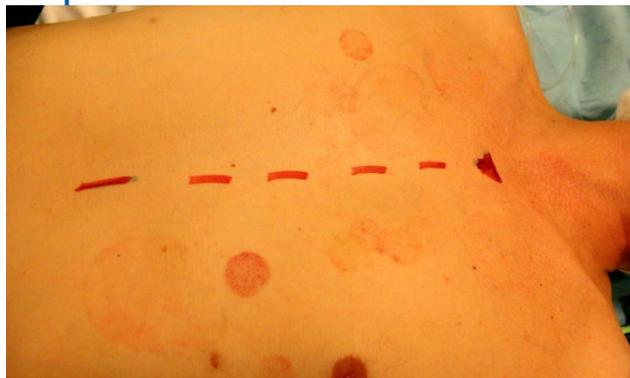


I.1. Идентификация



I.2. Маркировка операционного поля

- Пациент должен вовлекаться в процесс;
- Осуществляется лицом, который будет проводить операцию;
- Способ маркировки идентична по всей организации;
- **Участок тела обозначается легкоузнаваемым и недвусмысленным знаком (не должно быть X, так как могут понять в значении «не тот участок» или «не здесь»);**
- В нашем центре при открытых операциях на сердце обозначается пунктирная линия (- - - - -);
- При инвазивных процедурах обозначается кружок (○).
- Хирург делает запись о наличии маркировки в предоперационном эпикризе.



I.2 До операции

Маркировка операционного участка не проводится в следующих случаях:

- I. неотложные ситуации, когда врач, проводящий процедуру, будет постоянно находиться рядом с пациентом, от принятия решения о проведении процедуры до проведения вмешательства;
- II. процедуру маркировки не проводят у недоношенных детей, так как разметка может оставить стойкую пигментацию кожи.



II. Вовремя операции

1. Участвуют все члены команды, представляются и говорят о своей роли и готовности к операции
2. Координатором является анестезист
3. Идентификация пациента до обработки операционного поля
4. Без подтверждения готовности и согласия каждого члена команды операция не начинается



Sign-in: До начала анестезии/седации

Подтвердил ли пациент свое имя, место и вид инвазивного вмешательства, а также согласие?

Имеется ли письменное информированное согласие пациента/члена семьи на вмешательство?

Проведена ли проверка оборудования и лекарственных средств для анестезии

Имеется ли у пациента проблема с проходимостью дыхательных путей

Имеется ли у пациента известная аллергия?

Проведена ли маркировка операционного участка

Предварительно заказаны (компоненты крови)

Риск кровопотери > 500мл (7мл/кг для детей)

Наличие оборудования для вспомогательных устройств в операционной

Time-out: До рассечения кожи

Все участники операционной команды представились по имени, назвали свою роль и готовность к предстоящей операции.

Подтверждено имя пациента, процедура и место проведения рассечения/введения инструмента

Обеспечена ли визуализация необходимых изображений (мониторинг)?

Наличие в операционной расходных материалов/инвентаря

Готовность имплантируемого устройства

Проведена ли предоперационная антибиотикопрофилактика?

Ожидаемые критические события

Длительность вмешательства

Ожидаемый объем кровопотери



Sign-out:

До того, как пациент покинет операционную

Проведен
подсчет
инструментов и
инвентаря

Магистралы,
канюли и
катетеры
подсчитаны

Образцы
анализов
маркированы

Сайн-аут: подсчет
инвентаря.

Проверка
работы/состоятельности
имплантированного
устройства/материала

Были ли проблемы с
оборудованием?



III. После операции

1. Обязательное заполнение координатором формы «Контрольный перечень мер по обеспечению хирургической безопасности»;
2. Никто не покидает операционную до конца операции.

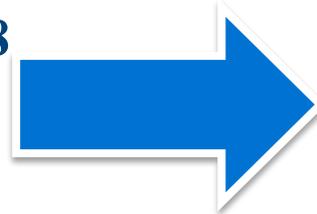


III.1 Хирургическая безопасность – послеоперационный уход

Послеоперационный

1. Документирование
плана лечения течение 8
часов.

2. Краткий протокол
заполняется сразу.



Дневниковые записи

реаниматолога и
ССД в отделении
реанимации.
План ухода.



III.2 Хирургическая безопасность – документация.

▪ Подробный протокол операции - 24 часов с момента проведения

Должен содержать:

- Послеоперационный диагноз
- Имя оперирующего хирурга и ассистентов
- Название и описание выполненной процедуры
- Осложнения в ходе операции
- Образцы тканей, отправленные на исследование
- Объем кровопотери и перелитой крови
- Дату, время и подписи.



Контрольный перечень мер по обеспечению хирургической безопасности № _____
 №МКСБ _____ Дата и время проведения тайм-аут «_____» _____ 20____ г. _____ / _____ мин.

До начала анестезии/седации ✓ Время проведения _____ / _____	До рассечения кожи/начала процедуры ✓ Время проведения _____ / _____	До того, как пациент покинет операционную ✓ Время проведения _____ / _____
Подтвердил ли пациент свое имя, место и вид инвазивного вмешательства, а также согласие? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Все участники операционной команды представились по имени, назвали свою роль и готовность к предстоящей операции. <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Проведен подсчет: <input type="checkbox"/> Количества инструментов <input type="checkbox"/> Мягкого инвентаря (салфеток, тампонов) <input type="checkbox"/> Игл <input type="checkbox"/> Не применимо
Имеется ли письменное информированное согласие пациента/члена семьи на вмешательство? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Подтверждено имя пациента, процедура и место проведения рассечения/введения инструмента <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Магистрали отданы, канюли и катетеры подсчитаны: <input type="checkbox"/> Да
Проведена ли проверка оборудования и лекарственных средств для анестезии: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Обеспечена ли визуализация необходимых изображений (мониторинг)? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Нет
Проведена ли маркировка операционного участка: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Проведена ли предоперационная антибиотикопрофилактика? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Не применимо Образцы анализов маркированы (сверяются надписи на образцах, включая имя пациента) <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не применимо
Имеется ли у пациента известная аллергия? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Расходные материалы, ткани, имплантаты, канюли: <input type="checkbox"/> Доступны в операционном зале <input type="checkbox"/> Не определены <input type="checkbox"/> Соответствуют требованиям операции/ вмешательства	Имеются ли проблемы с оборудованием требующие устранения? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Имеется ли у пациента проблема с проходимость дыхательных путей <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	В операционном зале имеется необходимый: <input type="checkbox"/> Мягкий инвентарь <input type="checkbox"/> Твердый инвентарь <input type="checkbox"/> Медицинское оборудование	Имплантированные устройства: LVAD <input type="checkbox"/> работает <input type="checkbox"/> не работает ЭКС <input type="checkbox"/> работает <input type="checkbox"/> не работает
Предварительно заказаны (компоненты крови): <input type="checkbox"/> Свежзамороженная плазма <input type="checkbox"/> Эритроцитсодержащая трансфузионная среда <input type="checkbox"/> Тромбоконцентрат <input type="checkbox"/> Не применимо	Ожидаемые критические события 1. С точки зрения хирурга: Критические или неожиданные меры? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Длительность вмешательства? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Ожидаемый объем кровопотери? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет 2. С точки зрения анестезиолога: Специфичные риски для данного пациента? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет 3. С точки зрения среднего медперсонала: Подтверждена ли стерильность? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Есть риски в отношении оборудования и иные риски? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Риск кровопотери >500мл (7мл/кг для детей)? <input type="checkbox"/> Да, и предусмотрены устройства для внутривенного/центрального доступа и растворами Наличие оборудования для вспомогательных устройств в операционной: контроллер <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет программатор <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		

ФИО хирурга-оператора: _____ Подпись _____ Дата и время подписи _____

ФИО координатора: _____ Подпись _____ Дата и время подписи _____

Лист учета мягкого инвентаря и игл № _____

ФИО пациента: _____

(заполняет операционная специалист сестринского дела)

№МКСБ _____ Дата и время проведения учета

_____ / _____ / _____ г.

« _____ » _____ 20 _____ г. _____ / _____ мин.

Перевязочный материал	До операции	Дополнительно во время операции	До закрытия грудины	После операции	Всего
Полостные салфетки 20 шт					
Средние салфетки 35*35- 50шт					
Салфетки 25*25					
Рентген-контрастные салфетки (полотенце)					
Рентген-контрастные салфетки (средние)					
Салф. для обработки (тампон)					
Шарики					
Мушки					
Турунда					
Инструменты	До операции	Дополнительно во время операции	До закрытия грудины	После операции	Всего
Иглы хирургические (атравматические)					
Иглы для вен (Де Бейки)					
Зажим типа «бульдог»					

Взрослый набор	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> есть	№ _____
АКШ набор	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> есть	№ _____
Коронарный набор	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> есть	№ _____
Стернотом	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> есть	№ _____
Доп. наборы	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> есть	№ _____

Примечание: оставлено в полости _____ изъято из полости _____ (см.предыдущий чек лист)

Ф.И.О., подпись ответственной операционной сестры _____

Дата заполнения « _____ » _____ 20 _____ г.

Время заполнения _____ / _____ мин.

Работа над ошибками

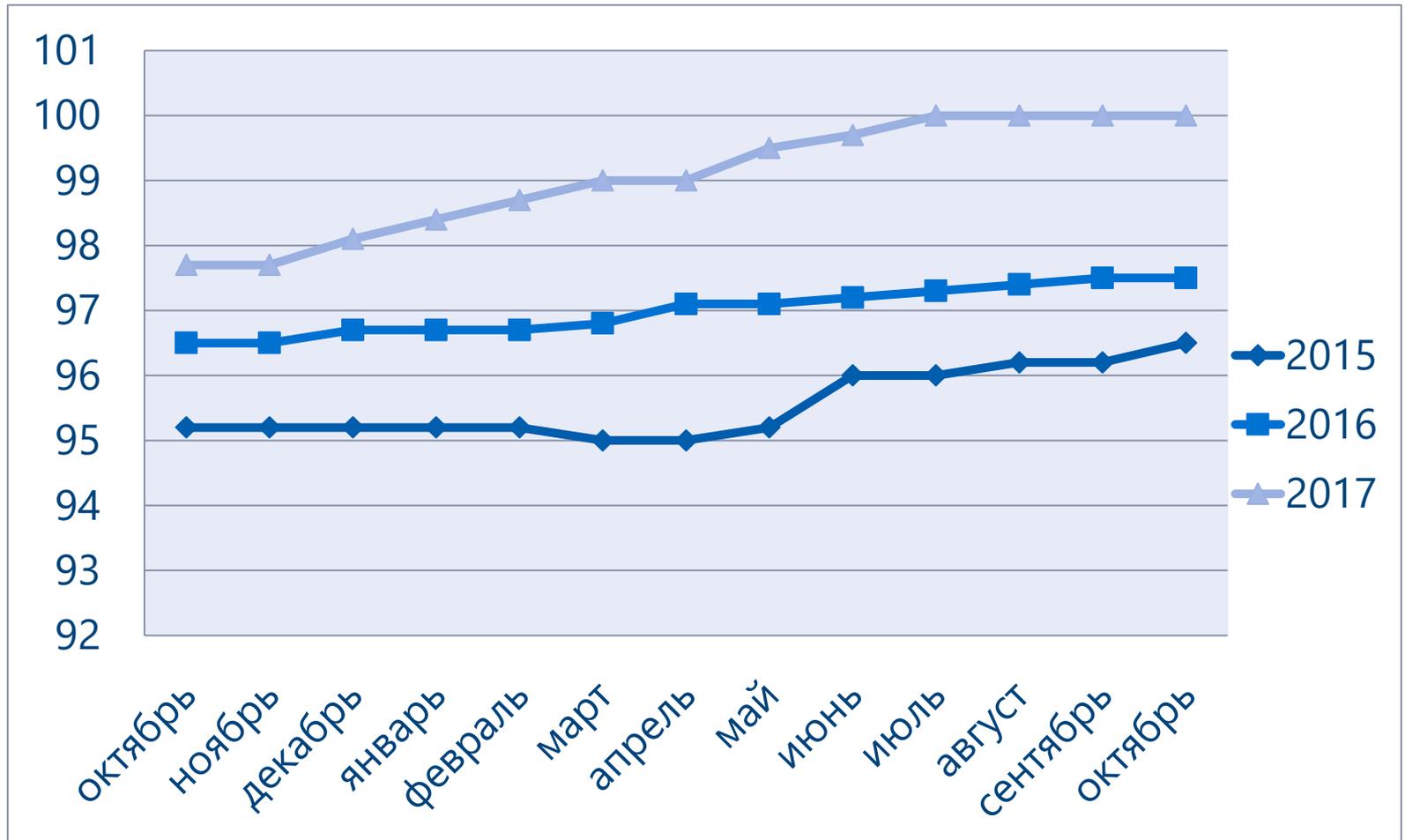
До внедрения чек- листов	После внедрения чек- листов
Устный прием пациентов в операционную;	Разработка, утверждение и внедрение необходимых форм (чек-листов);
Недостаточная подготовка операционной персоналом;	Обучение сотрудников;
Ошибки с подсчетом салфеток;	Периодический обход сотрудников отдела менеджмента и качества (указание на определенные ошибки);
Не понимание Тайм-аута;	Взаимодействие с клиническими отделениями;
Не вовлеченность всех членов команды;	Взаимодействие с клиническими отделениями;
Нет маркировки операционного поля;	Заполнение отчетов об инцидентах;
Нет идентификации при переливании компонентов крови;	Брифинги и дебрифинги с сотрудниками
Нет даты и времени росписей.	Обучение

Работа над ошибками

Замечания экспертов	Устранение
нет идентификации перед операцией	проведение идентификации перед обработкой операционного поля
нет индивидуальной формы при трансплантации сердца и легких	разработана, утверждена и внедрена форма для трансплантации сердца и легких
нет пункта в форме Тайм-аут об имплантируемых устройствах	добавлен пункт об имплантируемых устройствах и их контроллеров в Sign in и Sign out формы Тайм-аут;
нет присутствия хирурга на Тайм-ауте (участвует первый ассистент хирурга)	участие оперирующего хирурга на Тайм-ауте



Доля пациентов, которым проведен тайм-аут при хирургических вмешательствах



Хирургическая безопасность – имплантация устройств (по 6 изданию)

I. Выбор

II. Имплантируемое устройство

III. Доступность

IV. Обученный персонал

V. Инфекционный контроль

VI. Осложнения/Побочные действия

VII. Отслеживаемость



Краткий тайм-аут (амбулаторно, отделения)

I. При исследовании ФГДС, ФБС

I. При ТЭЕ

II. Устный тайм аут при процедурах



Краткий тайм-аут

В клинических отделениях	В отделении лаборатории катетеризации сердца (CathLab)
<p>Проводится Устный тайм аут перед:</p> <ul style="list-style-type: none">• Раздачей лекарственных средств• Установке ПВК,ЦВК• Проведении парентеральных инъекции• перевязкой• Перед проведением пациента на диагностические и лабораторные исследования.	<p>Перед всеми диагностическими и интервенционными вмешательствами проводятся Sign –In, Time – out, Sign – out. Заполняется «контрольный перечень мер по обеспечению хирургической безопасности». Заполняется краткий протокол о проведении процедур.</p>



Заключение

I. Снижение рисков

II. Стандартизация

III. Совершенствование





Благодарю за внимание!

*Национальный научный
кардиохирургический центр
Туран, 38, Астана, Казахстан 010000
Тел./Ф.: (7172)70-31-03/(7172)70-31-04
<http://www.cardiacsurgery.kz>*



ВОПРОСЫ?



**NATIONAL RESEARCH
CARDIAC SURGERY CENTER**

<input checked="" type="checkbox"/> До начала анестезии/седации Время проведения ____/____	<input checked="" type="checkbox"/> До рассечения кожи/начала процедуры Время проведения ____/____	<input checked="" type="checkbox"/> До того, как пациент покинет операционную Время проведения ____/____
Подтвердил ли пациент свое имя, место и вид инвазивного вмешательства, а также согласие? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Все участники операционной команды представились по имени, назвали свою роль и готовность к предстоящей операции. <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Проведен подсчет: <input type="checkbox"/> Количества инструментов <input type="checkbox"/> Мягкого инвентаря (салфеток, тампонов) <input type="checkbox"/> Игл <input type="checkbox"/> Не применимо
Имеется ли письменное информированное согласие пациента/члена семьи на вмешательство? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Подтверждено имя пациента, процедура и место проведения рассечения/введения инструмента <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Проведена ли проверка оборудования и лекарственных средств для анестезии: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Обеспечена ли визуализация необходимых изображений (мониторинг)? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Магистралы отданы, канюли и катетеры подсчитаны: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не применимо
Проведена ли маркировка операционного участка: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Проведена ли предоперационная антибиотикопрофилактика? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Имеется ли у пациента известная аллергия? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Трансплантируемый орган: <input type="checkbox"/> Серде <input type="checkbox"/> Легкие (одно, два) <input type="checkbox"/> Другое <input type="checkbox"/> Осмотрен, готов к операции <input type="checkbox"/> _____	Образцы анализов маркированы (сверяются надписи на образцах, включая имя пациента) <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не применимо
Имеется ли у пациента проблема с проходимостью дыхательных путей <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
Предварительно заказаны (компоненты крови): <input type="checkbox"/> Свежезамороженная плазма <input type="checkbox"/> Эритроцитсодержащая трансфузионная среда <input type="checkbox"/> Тромбоконцентрат <input type="checkbox"/> Не применимо	В операционном зале имеется необходимые: <input type="checkbox"/> Расходные материалы, ткани, имплантаты, канюли <input type="checkbox"/> Мягкий инвентарь <input type="checkbox"/> Твердый инвентарь <input type="checkbox"/> Медицинское оборудование	Имеются ли проблемы с оборудованием требующие устранения? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Риск кровопотери >500мл (7мл/кг для детей)? <input type="checkbox"/> Да, и предусмотрены устройства для внутривенного/центрального доступа и растворами Наличие оборудования для вспомогательных устройств в операционной: контроллер <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет программатор <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Ожидаемые критические события 1. С точки зрения хирурга: Критические или неожиданные меры? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Длительность вмешательства? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Ожидаемый объем кровопотери? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет 1. С точки зрения анестезиолога: Специфичные риски для данного пациента? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет 1. С точки зрения среднего медперсонала: Подтверждена ли стерильность? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Есть риски в отношении оборудования и иные риски? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Трансплантируемый орган: 1. Сердце <input type="checkbox"/> функция восстановлена <input type="checkbox"/> функция не восстановлена <input type="checkbox"/> переход на ЭКМО <input type="checkbox"/> _____ 1. Легкие (левое, правое) <input type="checkbox"/> функция восстановлена <input type="checkbox"/> функция не восстановлена <input type="checkbox"/> переход на ЭКМО <input type="checkbox"/> _____ 1. Другое _____ <input type="checkbox"/> функция восстановлена <input type="checkbox"/> функция не восстановлена <input type="checkbox"/> переход на ЭКМО <input type="checkbox"/> _____

При исследовании ФГДС

- **АО «НАЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР»**

- **Кабинет эндоскопии**

- Проведена идентификация пациента: Да / нет

- **Ф.И.О. Пациента: Иванов Иван Иванович**

- **Дата рождения: 01/01/1945**

- **Дата исследования: 09.11.2017**

- **Отделение: Кардиология 1**

-

- **ВИДЕОЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЯ**

- **м/а раствор лидокаина 10% - спрей, 2 дозы**

- *Правильность проводимого исследования и правильность места доступа определены.*

- *Описание: Акт глотания свободный, устье и просвет пищевода свободно проходимы. Продольная складчатость умеренно выражена, легко расправляется при инсуффляции воздухом. Слизистая пищевода гладкая, блестящая, розовая, сосудистый рисунок отчетлив во всех отделах пищевода. Линия зет дифференцируется, края четкие, неровные. Кардия смыкается вяло, проходима. Желудок расправим; в полости умеренное количество прозрачной мутной слизи. Складки не увеличены.. Слизистая желудка гладкая, истончена, ровная, тусклая, очагово гиперемирована, большие в антральном отделе. Сосудистый рисунок выражен на слизистой тела и дна желудка. Привратник не деформирован, смыкается полностью, округлой формы, свободно проходим. Луковица 12 п.кишки правильной цилиндрической формы, полностью расправимая. Слизистая луковицы 12 п.кишки гладкая, розовая, бархатистая. Залуковичный отдел без особенностей, в просвете следы желчи.*

- **Заключение: Признаки хронического поверхностного очагового атрофического гастрита.**

-

- **Врач-эндоскопист: Оспанов Б.М.**

- *Оценка эндоскопа после исследования: да. Исследование проведено гастроскопом Olympus GIF Q150 (2)*

При установке ТЕЕ

- **Тайм-аут: да/нет.** Проведена идентификация пациента, определена правильность исследования.
- **Цель :** Оценка МК, ТК, АК.
- Под местной анестезией Sol. Lidocaini 10 % , спрей 2-3 дозы введен ЧП датчик.
- В полости ЛП и УЛП дополнительных включений не визуализируется. МПП интактна.
- МК: створка в сегменте пролабирует в полость левого предсердия. Митральная регургитация ++; эксцентрическая вдоль линий коаптации.
- Пациент процедуру перенес удовлетворительно.
- **Заключение:**
- **БОЛЬ:** нет, есть Слабая боль, «чуть-чуть болит, терпимо» (1 балл), Умеренная боль «болит»(1 балл), Сильная боль «очень больно» (3 балла), Невыносимая боль «нельзя терпеть» (4 балла)
- Локализация
- Купирование:
- **Оценка падения:** НРП ВРП
- Падали ли вы в последние 3 месяца?
- Чувствуете ли головокружение или слабость?
- Сможете ли ходить без посторонней помощи?
- *При ответе «ДА» на 1 или более вопросов, пациент относится к группе риска высокого риска падения, и документируется как «ВРП», если нет ответа «Да», то «НРП».*
- Аллергия на препарат _____ есть/нет+
- Обезболивание: _____ нет/да (местная, седация)
- Используемое ЛС ___ аэрозоль лидокаина 10% _____
- **Оценка датчика после исследования(сайн-аут): да/нет**
(Philips IE-33-5room). (Philips, EPIQ 7G -5rm) Диск прилагается.