

ФОРМА ОЦЕНКИ КЛИНИЧЕСКИХ РУКОВОДСТВ В ОБЛАСТИ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА (МОДЕЛЬ ЗАИМСТВОВАНА ИЗ NRF 213)

Для оценки руководства оцените каждый пункт из нижеследующих 10 пунктов (Согласен Частично согласен Частично не согласен Не согласен-нужное подчеркнуть). Дайте общую оценку (полностью приемлемо, приемлемо с изменениями- нужно подчеркнуть). Оставьте свои комментарии и предложения.

Рецензент:

ФИО: _ Умралиева Улбала Дуйсеналиевна

Профессия и место работы: _ ГКП на ПХВ ГП №4 терапевт высшей категории.

E-mail и номер телефона: _ akonya2011@mail.ru +77021504051

ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ И ЦЕЛЬ

1.Руководство охватывает соответствующую область ухода за пациентом / актуальную для здоровья тему:

Согласен Частично согласен Частично не согласен Не согласен

Комментарии: _ Руководство охватывает актуальную тему для здоровья, так как больные, страдающие заболеваниями сердечно-сосудистой системы (в том числе с ХСН) занимают лидирующее место по статистике смертности в Казахстане, что требует внимательного отношения в лечении и по уходу за пациентами такого профиля.

2.Цель руководства подробно описана

Согласен Частично согласен Частично не согласен Не согласен

Информированный отказ от осмотра/обследования/лечения

В соответствии со статьями 93, 94 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года № 193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения»,
Пациента (Ф.И.О. пациента/опекуна)

Дата рождения (число, месяц, год:) ____ / ____ / ____ года,

ОТКАЗЫВАЮСЬ от лечения (подчеркнуть): себе /ребенку /родственнику / подопечному:

полностью от дальнейшего лечения в дневном стационаре, стационаре на дому;

от хирургической процедуры/манипуляции

от процедуры (клиническо- диагностическое обследование):

от медикаментозного лечения

другое _____

Настоящим подтверждаю, что обсудил(а) с врачом в понятной для меня форме состояние здоровья с учетом рисков и осложнений от отказа или прекращения предложенного лечения/обследования/вмешательства

Я понимаю, что отказ или несвоевременное проведение вышеуказанных медицинских вмешательств может причинить значительный вред моему здоровью / моему ребенку / родственнику / подопечному и даже создать угрозу для жизни и привести к смерти.

Поэтому я снимаю всякую ответственность с Поликлиники и его персонала, какие бы неблагоприятные и нежелательные последствия не возникли из-за моего отказа или прекращения предложенного лечения/обследования/вмешательства

Я обсудил возможные альтернативные методы лечения. Содержание настоящего документа разъяснено врачом, мне полностью понятно.

Данный отказ написан (по желанию пациента) в присутствии свидетеля:

(Ф.И.О., год рождения свидетеля)

Ф.И.О. пациента/родителя/опекуна* _____

отношение к пациенту _____ / ____ / 201 ____ г. ____ : ____
Подпись Дата Время

Ф.И.О. врача _____ / ____ / 201 ____ г. ____ : ____
Подпись Дата Время

* Если пациент не может подписать настоящее согласие, вследствие своего состояния или является несовершеннолетним, может подписать представитель / родственник пациента.

Согласен Частично согласен Частично не согласен Не согласен

Комментарии: __ Систематический обзор литературы проводился с использованием определенной стратегии поиска. Базы данных, в которых проводился поиск, включают Кокрановский центральный регистр контролируемых исследований (CENTRAL), Национальный институт исследований в области здравоохранения - оценка технологий здравоохранения (NIHR-HTA), Medline, Medline In-Process, Embase, Cinahl, PsycINFO и Кокрановская библиотека. Поиск проводился по публикациям за период 2006-2014 годы.

7. Существует четкая связь между рекомендациями и доказательствами, и её легко обнаружить

Согласен Частично согласен Частично не согласен Не согласен

Комментарии: _____

8. В рекомендациях были учтены как польза для здоровья, так и потенциальный вред, и риски

Согласен Частично согласен Частично не согласен Не согласен

Комментарии: В рекомендациях перечислены как польза и потенциальный вред для здоровья. Они описаны подробно для читателей клинического руководства доступной форме. _____

ЯСНОСТЬ РЕКОМЕНДАЦИЙ

9. Рекомендации точны и недвусмысленны

Согласен Частично согласен Частично не согласен Не согласен

Комментарии: ____ Рекомендации точны и понятны для пользователей, так как основываются на доказательной медицине, после неоднократной оценки разработчиков.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РУКОВОДСТВ

10. В руководствах четко описано, как использовать рекомендацию:

Согласен Частично согласен Частично не согласен Не согласен

Комментарии: _ Сестринское руководство может быть использовано как медицинскими сестрами для работы и другими медицинскими работниками, а также пациентами и членами их семей.

ОБЩАЯ ОЦЕНКА

Руководство:

полностью приемлемо

приемлемо с изменениями

Комментарии:

Клиническое _руководство полностью приемлемо в практике, основано на имеющихся результатах научных исследований и практическом опыте, где учитываются роль медицинского работника и учтены точки зрения пациента и их членов семей. Это облегчает качество жизни пациента, страдающего с ХСН и его окружения.

Предложения по внесению изменений до публикации и внедрения

Рецензент: *УК*

/Усманова Ф.Д./

