



МІНІСТЭРСТВА
АХОВЫ ЗДАРОЎЯ
РЭСПУБЛІКІ БЕЛАРУСЬ

МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ЗАГАД

от 22.06.2022 № 842

г.Мінск

ПРИКАЗ

г.Минск

Об изменении приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17 марта 2014 г. № 254

На основании подпункта 9.1 пункта 9 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446 ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17 марта 2014 г. № 254 «Об утверждении протоколов по службе анестезиологии и реаниматологии» следующие изменения:

преамбулу изложить в следующей редакции:

«На основании подпункта 9.1 пункта 9 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, в целях унификации подходов к ведению первичных медицинских документов в отделениях анестезиологии и реанимации организаций здравоохранения ПРИКАЗЫВАЮ: »;

в пункте 1:

после абзаца первого дополнить абзацем следующего содержания:

«Инструкция о порядке ведения первичных медицинских документов в отделении анестезиологии и реанимации (прилагается);»;

абзацы второй - пятый дополнить словами «(прилагается)»;

в пункте 2:

слова «управлений здравоохранения» заменить словами «главных управлений по здравоохранению»;

слово «комитета» заменить словом «Комитета»;

слова «Республики Беларусь» исключить;

дополнить приказ Инструкцией о порядке ведения первичных медицинских документов в отделении анестезиологии и реанимации (прилагается).

2. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя Министра Кроткову Е.Н.

Министр

Д.Л.Пиневич

УТВЕРЖДЕНО
Приказ Министерства
здравоохранения
Республики Беларусь
17.03.2014 № 254
(в редакции приказа
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
. . . 2022 №)

ИНСТРУКЦИЯ

о порядке ведения первичных медицинских документов в отделении анестезиологии и реанимации

1. Настоящая Инструкция определяет порядок ведения первичных медицинских документов в отделении анестезиологии и реанимации (далее – первичные медицинские документы) врачом-анестезиологом-реаниматологом и медицинской сестрой-анестезистом (медицинским братом-анестезистом).

2. Для целей настоящей Инструкции используются термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХІІ «О здравоохранении».

3. В первичных медицинских документах отображается деятельность анестезиолого-реанимационной службы при оказании пациенту специализированной медицинской помощи.

Первичные медицинские документы печатаются типографским и (или) офисным способами, заполняется авторучкой или с помощью компьютерной техники, либо ведется в электронном виде.

При ведении первичных медицинских документов с применением компьютерной техники дублирующее заполнение формализованных бланков авторучкой не требуется.

С целью исправления ошибочно внесенной записи допускается внесение изменений в первичные медицинские документы. Исправление ошибочных записей осуществляется путем зачеркивания тонкой линией неправильного текста (слова) и внесения разборчивой записи над зачеркнутым, на полях или под исправленным текстом таким образом, чтобы возможно было прочитать зачеркнутое. Одновременно врачом-анестезиологом-реаниматологом, осуществлявшим исправление, производится запись «Исправлено» с указанием даты, фамилии и инициалов, подписи лица, ее осуществившего. Все записи должны быть разборчивы.

4. Врач-анестезиолог-реаниматолог в медицинской карте

стационарного пациента на основании клинических и инструментально-лабораторных данных излагает свое представление о состоянии пациента, динамику его состояния, при отрицательной динамике – указывает ее причину, обосновывает избранную лечебную тактику, назначает или отменяет применение специальных методов интенсивной терапии и диагностики.

5. Все записи в медицинской карте стационарного пациента, включая заключения врачебных консультаций, содержат дату и время медицинского осмотра.

6. В течение суток записи в медицинскую карту стационарного пациента, отражающие состояние пациента, динамику состояния, коррекцию лечения вносятся через 6 – 8 часов (не менее 3 раз в сутки), при необходимости (изменение состояние пациента, требующее коррекции проводимой интенсивной терапии) чаще. Допускается внесение записи, отражающей стабильное состояние пациента в течение интервала времени: «с ____ по ____».

7. В период с 9.00 по 15.00 часов вносится обобщающая динамику состояния пациента, определяющая изменения в диагностической и лечебной тактике запись лечащего врача (дежурного врача), при необходимости совместно с заведующим отделением, врачами-специалистами и (или) сотрудниками клинических кафедр.

8. При изменении состояния пациента в медицинскую карту стационарного пациента вносится запись о характере изменений, изменениях лечебной тактики с обоснованным внесением соответствующих поправок в протокол интенсивной терапии и мониторинга (далее – ИТМ).

9. При поступлении пациента в отделение анестезиологии и реанимации (далее – ОАР) оформляется протокол осмотра врача-анестезиолога-реаниматолога, включающий данные анамнеза, жалобы, причину поступления в ОАР, объективный и локальный (при необходимости) статус, чем обусловлена тяжесть состояния пациента, план диагностических мероприятий, план интенсивной терапии с обоснованием назначений лекарственных средств и манипуляций.

10. В ОАР ведется учет пациентов (в бумажном или электронном варианте), которым проводится искусственная вентиляция легких (далее – ИВЛ) сроком более 1 суток и ее продолжительность (в сутках). В журнале учета пациентов, нуждающихся в ИВЛ (более суток), установленном по форме согласно приложению 1, регистрируются фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) пациента, возраст, номер медицинской карты стационарного пациента, диагноз, причина, вызвавшая необходимость проведения ИВЛ, продолжительность ИВЛ, модель аппарата ИВЛ, исходы и осложнения ИВЛ.

11. По завершению пребывания пациента в ОАР врач-анестезиолог-

реаниматолог оформляет переводной эпикриз, в котором отражает основные этапы интенсивной терапии в условиях ОАР и оценку состояния пациента на момент перевода, при необходимости указывает рекомендации, имеющие значение для дальнейшего лечения.

12. В случае летального исхода в ОАР оформляется посмертный эпикриз с указанием паспортных данных пациента, сроков нахождения в стационаре, состояния, жалоб при поступлении в больничную организацию, результатов врачебных консультаций, врачебных консилиумов, результатов инструментальных и лабораторных исследований, хирургических вмешательств (если таковые проводились), проведенного лечения, заключительного клинического диагноза (основное заболевание, фоновое заболевание, осложнения, сопутствующие заболевания), непосредственной причины смерти.

13. В случае летального исхода у пациентов, переведенных из других отделений больничной организации посмертный эпикриз и медицинская карта стационарного пациента оформляются лечащим врачом-специалистом того отделения, из которого пациент поступал в ОАР или дежурным врачом, курирующим данное отделение, или дежурным врачом больничной организации.

У пациента, находящегося в ОАР, в лечении которого не применялись хирургические вмешательства, посмертный эпикриз и медицинская карта стационарного пациента оформляются лечащим или дежурным врачом-анестезиологом-реаниматологом, после хирургического вмешательства врачом-хирургом.

14. При госпитализации в ОАР пациентов с временными расстройствами психики или при возникновении таковых расстройств в условиях ОАР к указанным пациентам применяются меры физического стеснения в соответствии с частью четвертой статьи 35 Закона Республики Беларусь от 7 января 2012 г. № 349-З «Об оказании психиатрической помощи». Меры физического стеснения у таких пациентов являются вспомогательной мерой по отношению к фармакологическому воздействию (седации). В дневниковых записях, протоколе ИТМ указываются форма, время и характер фиксации пациента, продолжительность, а также обоснование ее необходимости.

15. При возникновении местных изменений в месте фиксации (ссадины, кровоподтеки и иных) в медицинской карте стационарного пациента подробно описываются повреждения, указываются состояние кровообращения в конечностях дистальнее места фиксации, наличие неврологических расстройств.

16. Протокол ИТМ предназначен для организации и контроля проводимых лечебных диагностических мероприятий пациентам в ОАР.

17. В протоколе ИТМ врач-анестезиолог-реаниматолог ежедневно и (или) по мере необходимости, с учетом динамики состояния пациента

определяет перечень назначений, выполняемых медицинской сестрой-анестезистом (медицинским братом-анестезистом). Рабочая зона является формой отчета медицинской сестры-анестезиста (медицинского брата-анестезиста) о выполнении поставленных перед нею (ним) задач интенсивного ухода, наблюдения и терапии.

18. Протокол ИТМ ведется путем хронологически точной регистрации выполненных назначений, измеряемых у пациента показателей гемодинамики и дыхания, температуры тела, водного баланса, параметров ИВЛ и других показателей.

19. В Протоколе ИТМ производится точная по времени и дозировке регистрация введения лекарственных средств, инфузионно-трансфузионных сред, ведется учет объема выведенной мочи, факт стула, содержимого по дренажам и зонду, из свищей, со рвотой, с поверхности ран. Регистрация проводится не менее двух раз в сутки с отражением контроля и расчета общего баланса воды в организме пациента.

20. Протокол ИТМ находится на рабочем месте медицинской сестры-анестезиста (медицинского брата-анестезиста) и ведется ею (им) в соответствии с требованиями интенсивного наблюдения. В отдельных случаях этот порядок может быть изменен в сторону повышения или снижения интенсивности наблюдения. Произвольное деление протокола интенсивной терапии на двое и более суток не допустимо.

21. Протокол ИТМ подписывается врачом-анестезиологом-реаниматологом и медицинской сестрой-анестезистом (медицинским братом-анестезистом).

22. В медицинскую карту стационарного пациента, которому проводилась анестезия, вносятся: протокол медицинского осмотра врача-анестезиолога-реаниматолога перед анестезией, протокол анестезии с отражением проведения и течения анестезии в хронологическом порядке с пятиминутным временным интервалом, осмотр врача-анестезиолога-реаниматолога в ближайшем посленаркозном периоде (2 часа).

23. Медицинский осмотр врача-анестезиолога-реаниматолога регистрируется в медицинской карте стационарного пациента перед проведением каждого анестезиологического пособия.

24. Добровольное информированное согласие пациента на проведение анестезии должно подтверждаться подписью пациента или лица, указанного в части второй статьи 18 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении», после указания вида анестезии. Если пациент способен по состоянию здоровья к принятию осознанного решения, но не может лично заполнить и (или) подписать согласие, решение о проведении анестезии принимается коллегиально тремя врачами или врачебным консилиумом.

25. Протокол анестезии отражает все аспекты анестезиологического пособия во время хирургического вмешательства. Протокол ведется

обязательно при общей анестезии с ИВЛ любой продолжительности, любой общей анестезии продолжительностью один час и более, а также при проведении центральных нейроаксиальных блокад (спинальной и эпидуральной анестезии), проводниковых анестезий.

26. Рабочая зона протокола анестезии содержит регистрацию происходящих событий, предпринимаемых действий и времени их проведения. Ведется медицинской сестрой-анестезисткой (медицинским братом-анестезистом) под контролем врача-анестезиолога-реаниматолога.

27. В протоколе анестезии регистрируются в хронологическом порядке с пятиминутным интервалом все лекарственные средства, которые использовались во время анестезии, с указанием дозы и пути их введения, данные интраоперационного мониторинга, включая объем кровопотери и диуреза, результаты лабораторных исследований (по необходимости), качественный состав и объем инфузионно-трансфузионной терапии, основные и специализированные методики, которые применялись во время анестезии, время, продолжительность и течение основных этапов анестезии и хирургические вмешательства (индукция анестезии, интубация, изменение операционного положения пациента, разрез кожи, экстубация и иные), необычные явления, особенности и осложнения анестезии, состояние пациента после окончания операции и анестезии. Манипуляции и этапы хирургических вмешательств, осложнения описываются словами.

Для графического отображения мониторируемых показателей и инфузионно-трансфузионной терапии используются следующие цвета:

красный – уровень артериального давления (систолического и диастолического), трансфузия эритроцитов;

синий – частота сердечных сокращений; инфузия кристаллоидных и коллоидных растворов кровезаменителей;

желтый – трансфузия свежезамороженной плазмы и ее препаратов, трансфузия тромбоцитов.

При проведении общей анестезии с сохраненным спонтанным дыханием длительностью до одного часа допустимо заполнение только протокола внутривенной анестезии (седации, аналгезии) с сохранением спонтанного дыхания длительностью до 60 минут по форме согласно приложению 2.

28. Во время анестезии взаимные замены врачей-анестезиологов-реаниматологов допустимы только по производственной необходимости и (или) в чрезвычайных случаях. При этом замещающий врач-анестезиолог-реаниматолог информируется о состоянии пациента (значимые данные анамнеза, клинических, лабораторных и инструментальных исследований), ходе операции (вид, объем, особенности течения, кровопотеря), течении анестезии (особенности, возможные трудности).

Оба врача-анестезиолога-реаниматолога проверяют на идентичность полученные результаты основных параметров жизнедеятельности и показателей мониторинга.

В протоколе анестезии указываются время (часы, минуты) и причина замены врача.

29. Передающий врач-анестезиолог-реаниматолог указывает основные параметры жизнедеятельности, подтверждающие стабильное течение анестезии. Прописывает в протоколе анестезии «дальнейшее ведение анестезии передано врачу-анестезиологу-реаниматологу фамилия, собственное имя, отчество, передача согласована», подписывается. Далее учиняется подпись врача-анестезиолога-реаниматолога, принявшего пациента.

30. Передача пациента, находящегося в нестабильном состоянии, при возникших осложнениях анестезии возможна только врачу-анестезиологу-реаниматологу (заведующему), или по согласованию с врачом-анестезиологом-реаниматологом (заведующим) более опытному врачу-анестезиологу-реаниматологу. Кратковременные замены другим квалифицированным врачом-анестезиологом-реаниматологом при проведении анестезии у пациентов, находящихся в нестабильном состоянии, допустимы при длительных хирургических вмешательствах.

31. При анестезиологическом обеспечении экстренных хирургических вмешательств у пациентов с острыми воспалительными заболеваниями, осложнившимися распространенным перитонитом (сепсисом) (острый аппендицит, ущемленная грыжа, острый холецистит, острый панкреатит, острая кишечная непроходимость, прободная язва желудка или 12-ти перстной кишки и иных), в медицинской карте стационарного пациента отражается проведенная предоперационная подготовка с указанием продолжительности предоперационной подготовки, объема и качества инфузионных сред, мероприятий по коррекции оксигенации и газообмена, дренирования желудка и иных, а также оценки эффективности проведенной подготовки по клиническим признакам, мониторируемым показателям гемодинамики, оксигенации, диуреза. Сокращение (менее 30 минут) и удлинение (более 2-х часов) сроков предоперационной подготовки у пациента аргументируются.

32. При анестезиологическом обеспечении кратковременных хирургических вмешательств и болезненных манипуляций, инструментальных исследований допускается оформление протокола анестезии в медицинской карте стационарного пациента без отражения проведения и течения анестезии пятиминутного временного интервала.

33. Протокол проводниковой анестезии включает регистрацию визуализации блокируемых нервов, технический доступ, название и дозы местного анестетика и адьюванта, времени наступления и выраженности блока, уровня болевых ощущений по шкале ВАШ, этапов операции. При

проведении дополнительной седации указываются седативные препараты и их дозы, способы введения. При применении гемостатических жгутов на дистальных отделах конечностей указывается время наложения и снятия жгута.

34. Протокол ведения спинальной (эпидуральной) анестезии включает регистрацию технических особенностей выполнения пункции, катетеризации субарахноидального, эпидурального пространства и подтверждения правильного положения иглы, указания калибра и типа иглы, катетера, концентрации, объема и дозы анестетика и адьюванта (если он использовался). При эпидуральной анестезии также указываются объем тест-дозы и ее эффект, латентный период развития анестезии, уровень сенсорного блока, оценка моторного блока по Bromage, количество заблокированных сегментов или зона анестезии. Перед переводом из операционной также указываются уровень сенсорной и выраженность моторной блокады.

35. До разрешения моторного блока пациент находится под медицинским наблюдением врача-анестезиолога-реаниматолога в ОАР, при переводе в профильное отделение делаются записи в медицинской карте стационарного пациента об остаточных явлениях моторного блока.

36. В медицинскую карту стационарного пациента вносится запись о течении ближайшего послеоперационного периода в момент поступления пациента после хирургического вмешательства в палату пробуждения или палату интенсивной терапии.

37. В послеоперационном периоде (до выписки пациента из больничной организации) пациент осматривается врачом-анестезиологом-реаниматологом с внесением записи в медицинскую карту стационарного пациента о наличии или отсутствии очевидных осложнений анестезии, рекомендациях (при необходимости).

38. Врач-анестезиолог-реаниматолог является ответственным за транспортировку пациента, подлежащего переводу в ОАР или палату пробуждения, после хирургического вмешательства до момента перевода его врачу-анестезиологу-реаниматологу ОАР или иному ответственному лицу.

39. При переводе послеоперационного пациента в ОАР или в палату пробуждения вносится запись в медицинскую карту стационарного пациента о состоянии пациента, показателях его основных жизненных функций с подписью врача-анестезиолога-реаниматолога, доставившего пациента, и лечащего врача-анестезиолога-реаниматолога с указанием даты и времени поступления.

40. При переводе послеоперационного пациента из палаты пробуждения или палаты интенсивной терапии, выполняющей функции палаты пробуждения, в профильное отделение врачом-анестезиологом-реаниматологом в медицинскую карту стационарного пациента вносятся

записи о состоянии пациента, уровне сознания, показателях гемодинамики и оксигенации, выраженности болей в области послеоперационной раны и наличии или отсутствии кровотечения из раны или по дренажам, даются рекомендации по дальнейшему обезболиванию.

41. При необходимости катетеризации у пациента центральной вены и (или) артерии (далее – катетеризация) врач-анестезиолог-реаниматолог заполняет протоколы катетеризации центральной вены и катетеризации артерии по формам согласно приложениям 3 и (или) 4 соответственно.

42. Перед выполнением катетеризации врач-анестезиолог-реаниматолог получает предварительное информированное добровольное согласие пациента или лица, указанного в статье 18 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении», на катетеризацию центральной вены и на катетеризацию артерии по формам согласно приложениям 5 и 6 соответственно.

43. Предварительное информированное добровольное согласие пациента на катетеризацию центральной вены и на катетеризацию артерии заполняется пациентом или лицом, указанным в статье 18 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении», или врачом-анестезиологом-реаниматологом по поручению пациента, подписывается пациентом лично или лицом, указанным в статье 18 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении».

Если пациент способен по состоянию здоровья к принятию осознанного решения, но не может лично подписать согласие, решение о проведении катетеризации принимается коллегиально тремя врачами или врачебным консилиумом. Согласие подписывается тремя врачами или членами врачебного консилиума и вносится в медицинскую карту стационарного пациента. Запись данного врачебного консилиума также вносится в медицинскую карту стационарного пациента.

При отсутствии необходимости коррекции диагноза и лечебно-диагностических мероприятий допустима сокращенная форма записи, обосновывающая необходимость выполнения манипуляции без информированного согласия пациента.

44. При переводе реанимационного пациента в другую организацию здравоохранения заполняется протокол транспортировки пациента.

45. По результатам проведенной сердечно - легочной реанимации врач-анестезиолог-реаниматолог оформляет протокол сердечно-легочной реанимации в соответствии с пунктом 14 клинического протокола «Оказание медицинской помощи пациентам в критических для жизни состояниях», утвержденного постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23 августа 2021 г. № 99.

Приложение 2
к Инструкции о порядке
ведения первичных
медицинских документов в
отделении анестезиологии и
реанимации

Форма

**Протокол внутривенной анестезии (седации, анальгезии) с сохранением
спонтанного дыхания длительностью до 60 минут**

Дата: «__» _____ 20__ г. Время: Начало ____ час ____ мин. окончание ____ час ____ мин.	№ медицинской карты: _____ Фамилия и инициалы пациента: _____ Возраст ____ вес ____ рост ____ ИМТ ____ Выполняемое вмешательство:	Плановый <input type="checkbox"/> Экстренный <input type="checkbox"/>
--	---	--

Катетеризована вена _____ катетером № _____ с целью поддержания венозного доступа начата инфузионная программа _____.

Налажен мониторинг ЭКГ, ЧСС, АД, ЧД, SpO₂

С целью обеспечения анестезии (анальгезии) и атараксии внутривенно (внутримышечно) назначено и введено:

1. _____ (_____ ампул)
2. _____ (_____ ампул)
3. _____ (_____ ампул)

Во время анестезии проводилась респираторная поддержка кислородом через маску наркотозного аппарата _____ /носовые канюли потоком _____ л/мин.

Глубина анестезии (анальгезии) соответствует стадии _____ уровню _____. Замечания по течению анестезии (анальгезии):

По окончании операции и анестезии пациент проснулся на столе. Сознание ясное, ориентирован, доступен контакту.

Гемодинамика в пределах допустимых колебаний. ЧСС _____ /мин, Ps _____ /мин. АД _____ мм.рт.ст.

Дыхание спонтанное адекватное. ЧД _____ /мин. SpO₂ _____ %. Тошнота есть/нет. Рвота есть/нет. Озноб есть/нет.

Балл по шкале Альдрета _____. Для дальнейшего наблюдения пациент переведен в _____ отделение/палату дневного пребывания (палату пробуждения).

Врач анестезиолог-реаниматолог _____
подпись _____ фамилия, инициалы _____

медицинская сестра - анестезист _____
подпись _____ фамилия, инициалы _____

Карта мониторинга в ходе внутривенной анестезии (седации, анальгезии)
с сохранением спонтанного дыхания длительностью до 60 минут

Время анестезии (анальгезии) в минутах/параметр мониторинга	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	Мониторинг после анестезии		
	ч:м	ч:м	ч:м	ч:м	ч:м	ч:м	ч:м	ч:м	ч:м	ч:м	ч:м	ч:м	ч:м	ч:м	ч:м	ч:м
АД																
ЧСС																
ЧД																
SpO ₂																
ЭКГ																
Балл по Альдрета																

Врач анестезиолог-реаниматолог _____

подпись

_____ фамилия, инициалы

медицинская сестра-анестезист _____

подпись

_____ фамилия, инициалы

Осмотр пациента врачом-анестезиологом по окончании наблюдения

Дата: «__» _____ 20__ г.

Время: __ час __ мин.

Жалобы: _____

Состояние пациента удовлетворительное/средней степени тяжести. В сознании (____ баллов по ШКГ/RASS). Адекватен, ориентирован, доступен продуктивному контакту. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. Дыхание не затруднено, проводится с обеих сторон. ЧД ____/мин. SpO₂ ____%. ЧСС ____/мин, Ps ____/мин. АД ____ мм.рт.ст. Живот доступен пальпации, _____ безболезненный/ _____ болезненный в _____. Перитониальных знаков нет. Тошнота нет/есть. Рвота нет/есть. Учитывая стабильность состояния пациента и истечение двух часов от момента завершения анестезиологического пособия наблюдение прекращено.

Рекомендации:

_____.

Врач анестезиолог-реаниматолог _____

подпись

_____ фамилия, инициалы

Приложение 3
к Инструкции о порядке
ведения первичных
медицинских документов в
отделении анестезиологии
и реанимации

Форма

Протокол катетеризации центральной вены

Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется): _____

Число, месяц, год рождения: _____

Название отделения и № медицинской карты: _____

Медицинские показания:

- потребность во введении инфузионных сред или лекарственных препаратов при невозможности обеспечения требуемого объема, скорости, эффективности и безопасности инфузионной и/или медикаментозной терапии за счёт катетеризации периферических вен
- контроль ЦВД и прочие виды гемодинамического мониторинга
- проведение вазопрессорной терапии
- введение гиперосмолярных и/или обладающих раздражающим действием на интиму кровеносных сосудов растворов
- парентеральное питание
- проведение почечно-заместительной терапии
- замена катетера
- прочие (указать) _____
 - Согласие пациента (законного представителя) _____
 - Решение принято консилиумом от ____ / ____ / 20__

Манипуляция:

В асептических условиях под местной анестезией _____ % - _____ мл общей анестезией в положении лёжа выполнена пункция и катетеризация центральной яремной подключичной бедренной вены справа слева по методу Сельдингера (под УЗ-контролем).

Катетер _____ F заведен на глубину _____ см, фиксирован к коже узловыми швами лейкопластырем. Забор и возврат крови свободный. Асептическая повязка. ЦВД _____ . Дыхание выслушивается над всеми отделами обоих лёгких / ослаблено справа слева.

Технические трудности / осложнения во время выполнения нет есть и предпринятые действия: _____

Рекомендовано:

- 1. Рентгенография органов грудной клетки на _____ / _____ / 20__
- 2. Уход за центральным венозным катетером:
 - соблюдение правил асептики при использовании катетера;
 - ежедневный контроль за состоянием кожного покрова в месте стояния катетера и смена асептической повязки;
 - замена инфузионных систем после 24 часов использования, при использовании жировых эмульсий или препаратов крови – сразу после окончания инфузии;
 - промывание катетера 0,9% NaCl между инъекциями различных препаратов после завершения инфузии – наложение «гепаринового замка» (50Ед/мл).

_____ / _____ / 20__ г. _____

(подпись врача-специалиста)

Приложение 4
к Инструкции о порядке
ведения первичных
медицинских документов в
отделении анестезиологии и
реанимации

Форма

Добровольное информированное согласие пациента на катетеризацию
центральной вены

Я, _____,
(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) совершеннолетнего пациента либо законного представителя,
опекуна, супруга (супруги) или одного из близких родственников¹ пациента)
проинформировал медицинских работников об известных мне:
наследственных и перенесенных заболеваниях;
изменениях в состоянии здоровья;
принимаемых лекарственных средствах, потреблении наркотических средств,
психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ;
ранее выявленных медицинских противопоказаний к применению лекарственных
средств и/или диагностических исследований;
аллергических реакциях и/или непереносимости лекарственных средств.
До начала медицинского вмешательства мне даны полные и всесторонние
разъяснения врачом-специалистом

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) врача-специалиста)
о цели и характере медицинского вмешательства;
о прогнозируемых результатах;
о возможных рисках для жизни и здоровья пациента, а также наиболее часто
встречающихся осложнениях (непреднамеренная пункция/катетеризация артерии
с последующим образованием гематомы, кровотечение, пневмоторакс, пневмомедиастинум,
гемоторакс, гидроторакс, хилоторакс, катетер-ассоциированный венозный тромбоз,
воздушная эмболия, тромбоэмболия легочной артерии, нарушения сердечного ритма,
повреждение сердца, повреждение близлежащих нервных структур,
узлообразование/миграция проводника/катетера, инфекционные осложнения и прочие):

_____ с учетом характера
заболевания, состояния, синдрома и (или) их течения и индивидуальных особенностей
организма пациента (указать): _____;

_____;
о возможных последствиях отказа от оказания медицинской помощи, в том числе,
катетеризации центральной вены;
о применяемых методах оказания медицинской помощи;
о квалификации врача, других медицинских работников, непосредственно
участвующих в оказании медицинской помощи;
о праве на отзыв согласия на катетеризацию центральной вены, за исключением
случаев, когда медицинское вмешательство уже началось и его прекращение либо возврат к
первоначальному состоянию невозможны или связаны с угрозой для жизни или здоровья.

Даю добровольное согласие на катетеризацию
вены _____

Даю согласие на изменение хода медицинского вмешательства в связи с
возникновением непредвиденных ситуаций при проведении данного медицинского

¹ Под близкими родственниками понимаются родители, усыновители (удочерители), совершеннолетние дети.

вмешательства _____
(подпись лица, давшего согласие на медицинское вмешательство)

_____/_____/202____ г. _____
(подпись врача-специалиста)

Приложение 5
к Инструкции о порядке
ведения первичных
медицинских документов в
отделении анестезиологии и
реанимации

Форма

Протокол катетеризации артерии

Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется):

Число, месяц, год рождения: _____

Название отделения и № медицинской карты: _____

- непрерывный мониторинг артериального давления
- необходимость частого мониторинга КОС и газового состава артериальной крови
- согласие пациента (законного представителя) получено
- решение принято консилиумом от ____/____/20__

Манипуляция:

В асептических условиях выполнена пункция и катетеризация артерии справа слева по методу Сельдингера (под УЗ-контролем) катетером G. Катетер фиксирован к коже узловыми швами лейкопластырем. Забор крови свободный. Асептическая повязка.

Технические трудности / осложнения во время выполнения нет есть и предпринятые действия: _____

Рекомендовано:

уход за артериальным катетером:

соблюдение правил асептики при использовании катетера;

ежедневный контроль за состоянием кожного покрова в месте стояния катетера и смена асептической повязки;

промывание катетера 0,9% NaCl с гепарином (50ед/мл) по мере необходимости; ежедневный контроль отсутствия нарушений кровотока дистальнее места стояния катетера.

_____/_____/202__ г. _____

(подпись врача-специалиста)

Приложение 6
к Инструкции о порядке
ведения первичных
медицинских документов в
отделении анестезиологии
и реанимации

Форма

Добровольное информированное согласие пациента на катетеризацию
артерии

Я, _____,
(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) совершеннолетнего пациента либо законного представителя,
опекуна, супруга (супруги) или одного из близких родственников² пациента)
проинформировал медицинских работников об известных мне:
наследственных и перенесенных заболеваниях;
изменениях в состоянии здоровья;
принимаемых лекарственных средствах, потреблении наркотических средств,
психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ;
ранее выявленных медицинских противопоказаний к применению лекарственных
средств и (или) диагностических исследований;
аллергических реакциях и/или непереносимости лекарственных средств.
До начала медицинского вмешательства мне даны полные и всесторонние
разъяснения врачом-анестезиологом-реаниматологом:

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) врача-специалиста)
о цели и характере медицинского вмешательства;
о прогнозируемых результатах;
о возможных рисках для жизни и здоровья пациента, а также наиболее часто
встречающихся осложнениях (диссекция сосудистой стенки, постпункционная гематома,
кровотечение, тромбоз и эмболия, дистальная ишемия, повреждение близлежащих нервных
структур, _____ инфекционные _____ осложнения _____ и _____ иные:

_____ с учетом характера заболевания, состояния, синдрома и (или) их течения и
индивидуальных особенностей организма пациента (указать): _____

_____ ;
о возможных последствиях отказа от оказания медицинской помощи, в том числе,
катетеризации артерии;
о применяемых методах оказания медицинской помощи;
о квалификации врача, других медицинских работников, непосредственно
участвующих в оказании медицинской помощи;
о праве на отзыв согласия на катетеризацию артерии, за исключением случаев, когда
медицинское вмешательство уже началось и его прекращение либо возврат к
первоначальному состоянию невозможны или связаны с угрозой для жизни или здоровья.

Даю добровольное согласие на катетеризацию
артерии _____

(название медицинского вмешательства)

Даю согласие на изменение хода медицинского вмешательства в связи с
возникновением непредвиденных ситуаций при проведении данного медицинского

² Под близкими родственниками понимаются родители, усыновители (удочерители), совершеннолетние дети.

вмешательства _____
(подпись лица, давшего согласие на медицинское вмешательство)

_____/_____/202____ г. _____
(подпись врача-специалиста)