

## ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ (ЧЕК-ЛИСТ)

### Определение индекса Грин-Вермиллиона взрослому человеку

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 картой стоматологического больного	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
4.	Объяснить ход и цель процедуры	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
5.	Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
6.	Предложить пациенту сесть в стоматологическое кресло, надеть на него салфетку защитную одноразовую для пациента	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<b>Подготовка к процедуре</b>	
	<i>Подготовить оснащение:</i>	
7.	– Лоток стерильный в упаковке	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
8.	– Зеркало стоматологическое стерильное	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
9.	– Угловой зонд стерильный	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
10.	– Угловой пинцет стерильный	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
11.	– Слюноотсос одноразовый	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
12.	– Салфетка защитная одноразовая для пациента	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
13.	– Маска для лица 3-х слойная медицинская одноразовая нестерильная	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
14.	– Перчатки медицинские нестерильные	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
15.	– Ватный ролик – 8 шт.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
16.	– Очки защитные медицинские	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
17.	– Антисептик для обработки полости рта	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
18.	– Кожный антисептик для обработки рук	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
19.	– Ёмкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «А»	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
20.	– Ёмкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «Б»	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
21.	Привести стоматологическое кресло в положение, необходимое для проведения манипуляции	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
22.	Включить стоматологический светильник и направить в полость рта пациента	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
23.	Обработать руки гигиеническим способом кожным антисептиком для обработки рук	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
24.	Надеть маску для лица 3-х-слойную медицинскую одноразовую	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
25.	Надеть перчатки медицинские нестерильные	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
26.	Надеть очки защитные медицинские	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<b>Подготовить лоток с инструментами</b>	
27.	Взять лоток стерильный в упаковке, оценить срок годности	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
28.	Убедиться в целостности упаковки лотка стерильного	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
29.	Вскрыть упаковку, извлечь лоток стерильный	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
30.	Положить лоток стерильный на стоматологический стол	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
31.	Поместить упаковку от лотка стерильного в емкость для медицинских отходов класса «А»	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
32.	Взять упаковку со стерильными стоматологическими инструментами, оценить срок годности	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
33.	Убедиться в целостности упаковки со стерильными стоматологическими инструментами	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
34.	Вскрыть упаковку со стоматологическими инструментами	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
35.	Взять из упаковки зеркало стоматологическое стерильное и положить его в лоток	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
36.	Взять из упаковки угловой зонд стерильный и положить его в лоток	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
37.	Взять из упаковки угловой пинцет стерильный и положить его в лоток	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
38.	Поместить упаковку от стоматологического инструмента в емкость для медицин-	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

	ских отходов класса «А»	
39.	Взять слюноотсос одноразовый из пакета	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
40.	Подсоединить слюноотсос одноразовый к установке	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<b>Выполнение процедуры</b>	
41.	Положить в лоток 8 ватных роликов	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
42.	Ввести слюноотсос одноразовый в полость рта	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
43.	Отвести стоматологическим зеркалом правую щеку пациента	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
44.	Взять угловым пинцетом 2 ватных ролика и поместить их в полость рта в область верхних жевательных зубов справа	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
45.	Взять угловым пинцетом 2 ватных ролика и поместить их в полость рта в область нижних жевательных зубов справа	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
46.	Отвести стоматологическим зеркалом левую щеку пациента	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
47.	Взять угловым пинцетом 2 ватных ролика и поместить их в полость рта в область верхних жевательных зубов слева	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
48.	Взять угловым пинцетом 2 ватных ролика и поместить их в полость рта в область нижних жевательных зубов слева	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
49.	Выявить визуально зубной налет вестибулярных поверхностей 11, 16, 26, 31 и язычных поверхностей 36, 46 зубов	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
50.	Произвести определение цифрового значения индекса	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
51.	Извлечь слюноотсос одноразовый из полости рта и зафиксировать к установке стоматологической	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
52.	Извлечь угловым пинцетом ватные ролики из полости рта в плевательницу	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
53.	Попросить пациента прополоскать рот раствором антисептика для обработки полости рта и сплюнуть в плевательницу	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
54.	Уточнить у пациента о его самочувствии	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<b>Завершение процедуры</b>	
55.	Выключить свет, вернуть кресло в первоначальное положение	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
56.	Снять очки, оставить на столе стоматологическом	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
57.	Снять с пациента салфетку защитную одноразовую	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
58.	Поместить салфетку защитную одноразовую в емкость-контейнер для медицинских отходов класса «Б»	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
59.	Снять перчатки медицинские нестерильные	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
60.	Поместить перчатки в емкость для медицинских отходов класса Б	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
61.	Снять маску для лица 3-х слойную медицинскую одноразовую	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
62.	Поместить маску для лица 3-х слойную медицинскую одноразовую в емкость для отходов класса «Б»	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
63.	Обработать руки гигиеническим способом	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
64.	Сделать запись о результатах выполнения процедуры в медицинскую карту стоматологического пациента	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

\_\_\_\_\_  
**ФИО члена комиссии**

\_\_\_\_\_  
**Подпись**

	<b>Общее число действий</b>	<b>Правильно выполнено</b>
<b>Результат</b>	64	