

ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ (ЧЕК-ЛИСТ)
Определение индекса RMA 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.	Выяснить аллергологический анамнез на йодсодержащие препараты	
6.	Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
7.	Предложить пациенту сесть в стоматологическое кресло, надеть на него салфетку защитную одноразовую для пациента	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	Подготовка к процедуре	
	<i>Подготовить оснащение:</i>	
8.	– Лоток стерильный в упаковке	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
9.	– Зеркало стоматологическое стерильное	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
10.	– Угловой зонд стерильный	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
11.	– Угловой пинцет стерильный	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
12.	– Слюноотсос одноразовый	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
13.	– Предметное стекло стерильное	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
14.	– Салфетка защитная одноразовая для пациента	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
15.	– Маска для лица 3-х слойная медицинская одноразовая нестерильная	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
16.	– Перчатки медицинские нестерильные	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
17.	– Очки защитные медицинские	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
18.	– Аппликатор – 1 шт.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
19.	– Раствор Люголя	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
20.	– Антисептик для обработки полости рта	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
21.	– Кожный антисептик для обработки рук	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
22.	– Ёмкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «А»	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
23.	– Ёмкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «Б»	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
24.	Привести стоматологическое кресло в положение, необходимое для проведения манипуляции	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
25.	Включить стоматологический светильник и направить в полость рта пациента	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
26.	Обработать руки гигиеническим способом кожным антисептиком для обработки рук	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
27.	Надеть маску для лица 3-х-слойную медицинскую одноразовую	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
28.	Надеть перчатки медицинские нестерильные	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
29.	Надеть очки защитные медицинские	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	Подготовить лоток с инструментами	
30.	Взять лоток стерильный в упаковке, оценить срок годности	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
31.	Убедиться в целостности упаковки лотка стерильного	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
32.	Вскрыть упаковку, извлечь лоток стерильный	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
33.	Положить лоток стерильный на стоматологический стол	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
34.	Поместить упаковку от лотка стерильного в емкость для медицинских отходов класса «А»	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
35.	Взять упаковку со стерильными стоматологическими инструментами, оценить срок годности	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
36.	Убедиться в целостности упаковки со стерильными стоматологическими инструментами	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
37.	Вскрыть упаковку со стоматологическими инструментами	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
38.	Взять из упаковки зеркало стоматологическое стерильное и положить его в лоток	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

39.	Взять из упаковки угловой зонд стерильный и положить его в лоток	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
40.	Взять из упаковки угловой пинцет стерильный и положить его в лоток	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
41.	Взять из упаковки предметное стекло стерильное и положить его в лоток	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
42.	Поместить упаковку от стоматологического инструмента в емкость для медицинских отходов класса «А»	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
43.	Взять слюноотсос одноразовый из пакета	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
44.	Подсоединить слюноотсос одноразовый к установке	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	Выполнение процедуры	
45.	Поместить предметное стекло гладкой поверхностью на стол стоматологический и капнуть 8 капель раствора Люголя	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
46.	Ввести слюноотсос одноразовый в полость рта	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
47.	Отвести стоматологическим зеркалом правую щеку пациента	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
48.	Взять аппликатор из контейнера, промокнуть его в раствор Люголя и провести окрашивание вестибулярных поверхностей десны в области всех групп зубов верхней и нижней челюстей справа	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
49.	Отвести стоматологическим зеркалом левую щеку пациента	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
50.	Промокнуть аппликатор в раствор Люголя и провести окрашивание вестибулярных поверхностей десны в области всех групп зубов верхней и нижней челюстей слева	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
51.	Положить аппликатор в лоток	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
52.	Произвести определение цифрового значения индекса	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
53.	Извлечь слюноотсос одноразовый из полости рта и зафиксировать к установке стоматологической	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
54.	Извлечь угловым пинцетом ватные ролики из полости рта в плевательницу	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
55.	Попросить пациента прополоскать рот раствором антисептика для обработки полости рта и сплюнуть в плевательницу	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
56.	Уточнить у пациента о его самочувствии	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	Завершение процедуры	
57.	Выключить свет, вернуть кресло в первоначальное положение	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
58.	Снять очки, оставить на столе стоматологическом	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
59.	Снять с пациента салфетку защитную одноразовую	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
60.	Поместить салфетку защитную одноразовую в емкость-контейнер для медицинских отходов класса «Б»	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
61.	Снять перчатки медицинские нестерильные	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
62.	Поместить перчатки в емкость для медицинских отходов класса Б	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
63.	Снять маску для лица 3-х слойную медицинскую одноразовую	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
64.	Поместить маску для лица 3-х слойную медицинскую одноразовую в емкость для отходов класса «Б»	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
65.	Обработать руки гигиеническим способом	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
66.	Сделать запись о результатах выполнения процедуры в медицинскую карту стоматологического пациента	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

ФИО члена комиссии

Подпись

	Общее число действий	Правильно выполнено
Результат	66	