Додаток 1
до Порядку взаємодії спеціалізованої державної установи «Український центр трансплант-координації» та закладів охорони здоров’я, в яких наявні структурні підрозділи з анестезіології та інтенсивної терапії щодо аналізу стану пацієнтів, в яких діагностовані ураження головного мозку, незалежно від причини такого ураження

Звіт
про результати аналізу стану пацієнтів з діагностованими ураженнями головного мозку

Найменування закладу охорони здоров'я:

_____

Дата проведення аналізу стану пацієнтів з діагностованими ураженнями головного мозку:

_____

Склад представників спеціалізованої державної установи «Український центр трансплант-координації» або іншого закладу охорони здоров’я або іншої юридичної особи (далі – Установа):

_____

_____

Відділення, що підлягали аналізу:
відділення анестезіології та інтенсивної терапії;
відділення інтенсивної терапії;
інше: _____

І. Загальна оцінка роботи відділень

1. Укомплектованість персоналом
Стан: Задовільний Незадовільний Критичний

2. Матеріально-технічне забезпечення
Стан: Задовільний Незадовільний Критичний
Виявлені недоліки:

_____

3. Дотримання клінічних протоколів та стандартів
Стан: Задовільний Незадовільний Критичний

Виявлені порушення:

_____

ІІ. Аналіз стану пацієнтів

1. Загальна кількість пацієнтів у відділеннях на момент візиту: _____

2. Пацієнти з ознаками ймовірного донора:

№ з/п	ПІБ пацієнта	Вік	Діагноз	Шкала Глазго	Стан зіниць	Кількість днів у відділенні

ІІІ. Рекомендації

1. Рекомендації щодо покращення якості надання медичної допомоги:

1) Щодо лікувального процесу:

_____

_____

2) Щодо діагностичних заходів:

_____

_____

3) Щодо матеріально-технічного забезпечення:

_____

_____

4) Щодо підготовки персоналу:

_____

_____

2. Рекомендації відповідальній особі закладу

У зв'язку з виявленням пацієнта(ів) з клінічними ознаками ймовірного донора:

РЕКОМЕНДОВАНО:

1) Розпочати процедуру діагностики смерті мозку наступному(им) пацієнту(ам):

Власне ім’я та прізвище:_____

Відділення: _____

Термін початку діагностики: не пізніше 2 годин від отримання доручення;

2) забезпечити:

скликання консиліуму для діагностики смерті мозку;

проведення всіх необхідних діагностичних процедур;
ведення відповідної медичної документації;
інформування СДУ «УЦТК» про результати здійсненої процедури;

3) організувати:
цілодобове спостереження за пацієнтом(ами);
консиліум за участю профільних спеціалістів;
забезпечення необхідним обладнанням для діагностики;

4) строки виконання рекомендацій:
невідкладні заходи: до _____
поточні заходи: до _____
довгострокові заходи: до _____

IV. Загальний висновок звіту

Необхідність повторного аналізу:
Так Ні
Дата повторного візиту (за потреби): _____

Представник (и) Установи:
_____ /_____/
(підпис) (власне ім’я та прізвище)
_____ /_____/
(підпис) (власне ім’я та прізвище)
_____ /_____/
(підпис) (власне ім’я та прізвище)

Відмітка про ознайомлення зі звітом:
Керівник закладу охорони здоров'я: »:
_____ /_____/
(підпис) (власне ім’я та прізвище)

Черговий лікар:
_____ /_____/
(підпис) (власне ім’я та прізвище)

Дата та час складення звіту: _____

_____