

**KSIĄŻKA BADAŃ  
ENDOSKOPOWYCH**







**KSIĄŻKA BADAŃ  
PACJENTA - TK**

01.12.2009 - 11.08.2010

SIS-WP-12 IMPACT Mysliwiec, tel/fax: (032) 762 43 01









**KSIĄŻKA  
KONTROLI APARATU  
DO ZNIECZULENIA**



## Sprawdzenie działania aparatu do znieczulenia

- poniższe testy wykonywać podczas przygotowywania stanowiska znieczulenia

### 1. Sprawdzenie zasilania aparatu do znieczulenia

- **sprawdzenie zasilania elektrycznego** (po podłączeniu przewodu zasilającego do gniazda 220 V, uruchom aparat (główny włącznik w pozycji ON) i sprawdź wyłącznik czy jest podświetlony)
- **sprawdzenie zasilania gazami z sieci gazów medycznych** (sprawdź czy węże wysokociśnieniowe nie są uszkodzone, sprawdź ciśnienie każdego gazu na manometrze czy jest prawidłowe)
- **sprawdź zasilanie gazami medycznymi z butli** (sprawdź czy zamocowane butle rezerwowe są prawidłowo podłączone, otwórz zawór główny (2 1/2obrotu) i sprawdź czy manometr wskazuje odpowiednie ciśnienie)

### 2. Sprawdzenie systemu kontroli gazów i systemu dostarczania gazów

- **sprawdź główny przełącznik gazów** (otwórz dopływ do każdego z przepływomierzy i zmieniaj położenie Głównego Przełącznika Gazów - upewnij się, że dopływają wszystkie gazy zgodnie z przełącznikiem)
- **sprawdź Kontrolę przepływu** - otwórz przepływ w każdym przepływomierzu, aby stwierdzić czy można osiągnąć pełny przepływ danego gazu, czy pływaki obracają się swobodnie a po zamknięciu powracają do położenia zerowego
- **sprawdź System Dawkowania** - ustaw główny przełącznik gazów na O2- N20, zamknij zawór przepływomierza tlenu - ustaw przepływ N20 na 3l/min - sprawdź czy przepływ O2 wzrasta do wartości 1 l/min, następnie na 6 l/min - sprawdź czy przepływ O2 wzrasta do wartości 2l/min.
- **Sprawdź Szybki Dopływ Tlenu (by-pass)**

### 3. Sprawdzenie respiratora i układu pacjenta

- sprawdź czy układ oddechowy pacjenta jest poprawnie podłączony, szczelny
- sprawdź napełnienie zbiornika absorbera wapnem
- podłącz worek oddechowy do trójnika pacjenta i napełnij go używając przycisk by-pass
- sprawdź poprawność działania zastawki APL
- sprawdź działanie respiratora

### 4. Sprawdzenie parowników

- sprawdź, czy parownik(i) są prawidłowo napełnione środkiem anestetycznym i dobrze przytwierdzone do szyny w aparacie
- upewnij się, że pokrętła parowników obracają się swobodnie i mogą przesuwac się w całym zakresie skali

### 5. Sprawdzenie Systemu Ewakuacji Środków Anestetycznych

- sprawdź podłączenie przewodu systemu ewakuacji gazów do wyciągu gazów

### 6. Sprawdzenie monitorów

- włącz monitor - przygotuj monitor do pracy, wybierz żądane ustawienia

**Sprawdzenie działania aparatu do znieczulenia**

<b>Sprawdzenie zasilania aparatu do znieczulenia</b>	
zasilanie elektryczne	
zasilanie gazami medycznymi z sieci	
zasilanie gazami medycznymi z butli	
<b>Sprawdzenie systemu kontroli gazów i systemu dostarczania gazów</b>	
główny przełącznik gazów	
Kontrola Przepływu	
System Dawkowania	
Szybki Dopływ Tlenu (by-pass)	
<b>Sprawdzenie respiratora i układu pacjenta</b>	
Test szczelności układu oddechowego i pracy respiratora	
<b>Sprawdzenie parowników</b>	
<b>Sprawdzenie Systemu Ewakuacji Środków Anestetycznych</b>	
<b>Sprawdzenie Monitorów</b>	
Sprawdził:	
Data:	Godzina:

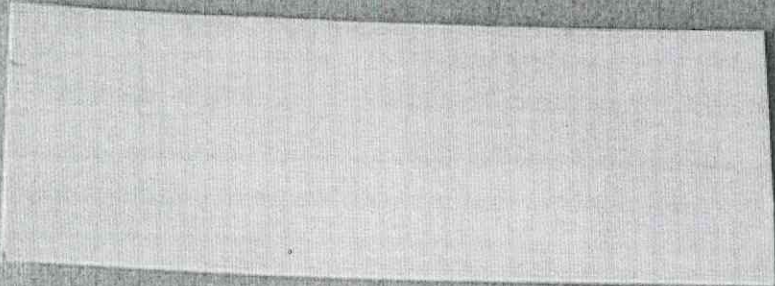
**Sprawdzenie działania aparatu do znieczulenia**

<b>Sprawdzenie zasilania aparatu do znieczulenia</b>	
zasilanie elektryczne	
zasilanie gazami medycznymi z sieci	
zasilanie gazami medycznymi z butli	
<b>Sprawdzenie systemu kontroli gazów i systemu dostarczania gazów</b>	
główny przełącznik gazów	
Kontrola Przepływu	
System Dawkowania	
Szybki Dopływ Tlenu (by-pass)	
<b>Sprawdzenie respiratora i układu pacjenta</b>	
Test szczelności układu oddechowego i pracy respiratora	
<b>Sprawdzenie parowników</b>	
<b>Sprawdzenie Systemu Ewakuacji Środków Anestetycznych</b>	
<b>Sprawdzenie Monitorów</b>	
Sprawdził:	
Data:	Godzina:

Legenda:  
V - sprawne

16

447 13.9



**KSIĄŻKA KONTROLI**  
środków odurzających  
i psychotropowych



Instytut Medycyny Sądowej i Toksykologii, ul. Chałubińskiego 1, 01-643 Warszawa

PRZYCHÓD					ROZCHÓD					Stan magazynowy po dostarczeniu lub wydaniu	Uwagi	
L.p.	Data otrzymania, zakupu	Numer dowodu zakupu	Ilość (g. szt.)	L.p.	Data wydania	Dokument stanowiący podstawę wydania (imię i nazwisko zlecającego)	Imię i nazwisko pacjenta	Ilość wydania (g. szt.)				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
z przesilenia				z przesilenia								
do przesilenia				do przesilenia								

Instytut Medycyny Sądowej i Toksykologii, ul. Chałubińskiego 1, 01-643 Warszawa



























19 A 4

Data i godzina wydania	Nazwa odbiorcy / oddział	Nazwa pakietu	Podpis osoby wydającej	Podpis osoby odbierającej



dł. - str. lewa

# WZÓR KSIĄG ZABIEGOWYCH

I STRONA - LEWA

LP	IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA	RODZAJ ZABIEGU	OKOLICA CIAŁA	ILOŚĆ POWTÓRZEŃ	PODPISY
					FIZJOT.
					PACJENT
					FIZJOT.
					PACJENT
					FIZJOT.
					PACJENT
					FIZJOT.
					PACJENT



SPWZOZ

73-110 Stargard

ul. Wojska Polskiego 27

REGON 000304456200052

# KSIĄŻKA ZABIEGÓW OPERACYJNYCH

**NR** .....

Od dnia ..... od nr .....

Do dnia ..... do nr .....

Nr Księgi Głównej ..... Oddział ..... Kolejny nr operacyjny .....

Nazwisko i imię ..... PESEL .....

Rozpoznanie przedoperacyjne .....

Lekarz kierujący na zabieg .....

Data rozpoczęcia zabiegu ..... Data zakończenia zabiegu ..... Sala .....

Rodzaj znieczulenia	Czas znieczulenia (od - od)	Czas zabiegu operacyjnego (od - od)

Imię i nazwisko

Podpis

Zespół anestezyjologiczny

1. Lekarz

.....

2. Pielęgniarka

.....

Zespół operacyjny

1. Operator

.....

2. Asystent I

.....

3. Asystent II

.....

4. Instrumentariuszka

.....

5. Pomagająca

.....

Rodzaj i przebieg operacji

Rozpoznanie pooperacyjne

Zlecone badania diagnostyczne

.....  
Pieczeń i podpis operatora



22

SPWZOZ

73-110 Stargard

ul. Wojska Polskiego 27

REGON 000304456200052

# KSIĄŻKA ZABIEGÓW OPERACYJNYCH

NR .....

Od dnia ..... od nr .....

Do dnia ..... do nr .....

Nr Księgi Głównej ..... Oddział ..... Kolejny nr operacyjny .....

Nazwisko i imię ..... PESEL .....

Rozpoznanie przedoperacyjne .....

Lekarz kierujący na zabieg .....

Data rozpoczęcia zabiegu ..... Data zakończenia zabiegu ..... Sala .....

Rodzaj znieczulenia	Czas znieczulenia (od - od)	Czas zabiegu operacyjnego (od - od)

Zespół anestezyjologiczny

	Imię i nazwisko	Podpis
1. Lekarz	.....	.....
2. Pielęgniarka	.....	.....

Zespół operacyjny

1. Operator	.....	.....
2. Asystent I	.....	.....
3. Asystent II	.....	.....
4. Instrumentariuszka	.....	.....
5. Pomagająca	.....	.....

Rodzaj i przebieg operacji

Rozpoznanie pooperacyjne

Zlecone badania diagnostyczne

.....  
Pieczęć i podpis operatora





Data	Imię i nazwisko lekarza dyżurnego	Ilość chorych na oddziale	Liczba wolnych łóżek			Ilość zakażeń	Ilość odmów		Odesłano do innego zakładu
			4	5	6		z braku wskazań	z braku miejsc	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

Nazwisko i rozpoznanie:

Uwagi lekarza dyżurnego:

Podpis i uwagi ordynatora:

z. 2341/2019

Podpis lekarza dyżurnego

Data	Imię i nazwisko lekarza dyżurnego	Ilość chorych na oddziale	Liczba wolnych łóżek			Ilość zakażeń	Ilość odmów		Odesłano do innego zakładu
			4	5	6		z braku wskazań	z braku miejsc	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

Nazwisko i rozpoznanie:

Uwagi lekarza dyżurnego:

Podpis i uwagi ordynatora:

z. 2341/2019

Podpis lekarza dyżurnego

