

**ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ (ЧЕК-ЛИСТ)  
Оценка и регистрация стула**

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 документацией	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
4.	Сообщить пациенту о назначении врача	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
5.	Объяснить ход и цель процедуры	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
6.	Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<b>Подготовка к процедуре</b>	
	<i>Подготовить оснащение:</i>	
7.	– Подкладное судно	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
8.	– Перчатки нестерильные	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
9.	– Антисептик для обработки рук	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
10.	– Емкость для отходов класса Б	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
11.	– Контейнер с дезраствором	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
12.	Обработать руки антисептиком	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
13.	Надеть перчатки	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<b>Выполнение процедуры</b>	
14.	Определил частоту стула за сутки	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
15.	Оценил запах каловых масс (зловонный и т.д.)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
16.	Оценил цвет каловых масс (обесцвеч. и т.д.)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
17.	Определил консистенцию каловых масс (оформленный, полуоформленный, жидкий)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
18.	Определил наличие /отсутствие патологических примесей в каловых массах (слизь, зелень, кровь)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
19.	Оценил объем каловых масс при каждой дефекации (скудный стул и т.д.)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
20.	Оценить достигнутые результаты	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<b>Завершение процедуры</b>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
21.	Залить подкладное судно дезинфектантом	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
22.	Снять перчатки	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
23.	Поместить перчатки в емкость для медицинских отходов класса «Б» /емкость с дезраствором	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
24.	Обработать руки гигиеническим способом	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
25.	Узнать у пациента его самочувствии	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
26.	Сделать запись о выполненной процедуре в температурном листе	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

\_\_\_\_\_  
ФИО члена комиссии

\_\_\_\_\_  
Подпись

	Общее число действий	Правильно выполнено
Результат		