

**ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ (ЧЕК-ЛИСТ)
Сбор мочи на анализ по Зимницкому**

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
	Подготовка к процедуре	
	<i>Подготовить оснащение:</i>	
7.	– Емкости для сбора мочи (200-250мл) чистые, сухие – 8 шт.+2 запасные	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
8.	– Этикетки с указанием ФИО, названия анализа, отделения, № порции (№1-8) и времени сбора мочи: 6-9ч., 9-12ч., 12-15ч., 15-18ч., 18-21ч., 21-24ч., 0-3ч., 3-6ч. следующего дня	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
9.	– Кожный антисептик для рук	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
10.	– Нестерильные перчатки	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
11.	– Емкость для отходов класса Б/емкость с дезраствором	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
12.	– Контейнер для транспортировки	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
13.	Накануне вечером выдать емкости для сбора мочи (с направлением)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
14.	Объяснить методику сбора мочи	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
15.	Объяснить, что пациент должен подсчитать количество поступившей жидкости за сутки	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
16.	Попросить пациента повторить всю полученную информацию	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	Выполнение процедуры	
17.	В 6.00 разбудить пациента для опорожнения мочевого пузыря в унитаз	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
18.	Пациенту собрать мочу в 9 ч. в соответствующую банку	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
19.	При необходимости повторного мочеиспускания в течение указанного периода использовать дополнительную емкость для сбора мочи	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
20.	При отсутствии мочи на этикетке отметить «отсутствие порции мочи».	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
21.	Пациенту закрыть емкость для сбора мочи крышкой	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
22.	Пациенту прикрепить этикетку к емкости для сбора мочи	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
23.	Пациенту поставить емкость с мочой в место для сбора анализов мочи (тумбочка, полка, стол) в санитарной комнате	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
24.	Пациенту продолжить сбор мочи через каждые 3 ч. в соответствующие емкости	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
25.	Завершение процедуры (выполняется медсестрой)	
	Обработать руки гигиеническим способом.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
26.	Надеть нестерильные медицинские перчатки	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
27.	Взять емкости с мочой и проверить этикетки/направления	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
28.	Оценить достигнутые результаты	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
29.	Поставить емкости с мочой в контейнер для транспортировки	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
30.	Доставить мочу в лабораторию	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
31.	Снять перчатки	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
32.	Поместить перчатки в емкость для медицинских отходов класса Б/ с дезраствором	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
33.	Обработать руки гигиеническим способом	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
34.	Сделать запись о выполненной процедуре в журнале лабораторных назначений	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

ФИО члена комиссии _____

Подпись _____

	Общее число действий	Правильно выполнено
Результат	34	

