SỞ Y TẾ TÂY NINH
BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂY NINH

Số: 429 /QĐ-BVĐK

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

Tây Ninh, ngày 09 tháng 09 năm 2025

QUYẾT ĐỊNH
Về việc ban hành các Quy trình kỹ thuật can thiệp mạch máu tại Bệnh viện Đa khoa Tây Ninh

GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂY NINH

Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh ngày 09/1/2023 của Quốc hội nước Cộng hoà xã hội chủ nghĩa Việt Nam;

Căn cứ Quyết định số 25/QĐ-BYT ngày 03/01/2013 của Bộ Y tế về việc Ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Chẩn đoán hình ảnh và điện quang can thiệp";

Quyết định số 3023/QĐ-BYT ngày 28/7/2023 của Bộ Y tế về việc ban hành "Đề cương tài liệu chuyên môn hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ Quyết định số 1324/QĐ-UBND ngày 9/7/2024 của Sở Y tế Tây Ninh về việc ban hành Quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bệnh viện đa khoa tỉnh Tây Ninh;

Căn cứ Biên bản cuộc họp Hội đồng khoa học kỹ thuật Bệnh viện Đa khoa Tây Ninh ngày 27/08/2025;

Theo đề nghị của Trưởng phòng Quản lý chất lượng và Công tác xã hội.

QUYẾT ĐỊNH

Điều 1. Ban hành kèm quyết định này là 03 Quy trình kỹ thuật gồm:

- Quy trình Chụp và can thiệp động mạch chủ bụng dưới X-quang tăng sáng, mã số: QTKT–CĐ 0013.01.
- Quy trình Chụp và nong động mạch chi (trên, dưới) số hóa xóa nền, mã số: QTKT-CĐ 0014.01.
- Quy trình Chụp, nong động mạch (động mạch chậu) và đặt stent (dưới DSA), mã số: QTKT-CĐ 0015.01.

Điều 2. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký và ban hành.

Điều 3. Trưởng khoa Hồi sức tích cực chống độc, Phó Trưởng phòng Kế hoạch tổng hợp, Trưởng phòng Quản lý chất lượng và Công tác xã hội, Trưởng các khoa/phòng có liên quan thuộc Bệnh viện Đa khoa Tây Ninh chịu trách nhiệm thi hành quyết định này./.

Nơi nhận:
- Như điều 3;
- Trang TTĐT BVĐK Tây Ninh
- Lưu VT, P.QLCL&CTXH.

GIÁM ĐỐC

SỞ Y TẾ TỈNH TÂY NINH
BỆNH VIỆN ĐA KHOA

Phan Thanh Tâm

BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂY NINH

KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC CHỐNG ĐỘC

QUY TRÌNH

CHỤP, NONG ĐỘNG MẠCH (ĐỘNG MẠCH CHẬU) VÀ ĐẶT STENT (DƯỚI DSA)

QTKT - CĐ 0015.01

	Người viết	Người kiểm tra		Người phê duyệt
Họ tên	Lâm Duy Tân	Nguyễn Thị Thanh Tuyền	Hồ Triết Việt Hùng Nam	Phan Thanh Tâm
Ký tên				
Chức vụ	Trưởng khoa HSTCCĐ	Trưởng phòng QLCL&CTXH	Phó Giám đốc	GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN

BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂY NINH KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC CHỐNG ĐỘC	**QUY TRÌNH CHỤP, NONG ĐỘNG MẠCH (ĐỘNG MẠCH CHẬU) VÀ ĐẶT STENT (DƯỚI DSA)**	Mã số: QTKT – CĐ 0015.01 Ngày ban hành: 3. / 9. / 2025 Lần ban hành: 01

1. *Người có liên quan phải nghiên cứu và thực hiện đúng các nội dung của quy trình/ quy định/ hướng dẫn này.*
2. *Tài liệu này khi được ban hành có hiệu lực thi hành như sự chỉ đạo của Ban giám đốc Bệnh viện.*

NƠI NHẬN (Đánh dấu ☑)

☑	Ban Giám đốc	☑	Khoa KSNK	☐	
☑	Khoa HSTCCĐ	☐		☐	
☑	Phòng VT-TBYT	☐		☐	
☑	Phòng QLCL&CTXH	☐		☐	

THEO DÕI TÌNH TRẠNG SỬA ĐỔI ***(tình trạng sửa đổi so với bản trước đó)***

Trang	Hạng mục sửa đổi	Tóm tắt nội dung hạng mục sửa đổi

1. Mục đích:

Quy định thống nhất, chuẩn hóa các bước thực hiện kỹ thuật chụp mạch, nong động mạch chậu và đặt stent dưới hệ thống số hóa xóa nền (DSA). Đảm bảo chẩn đoán chính xác, giảm biến chứng, tăng tỷ lệ thành công, nâng cao chất lượng điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Tây Ninh.

2. Phạm vi áp dụng:

- Đơn nguyên Tim mạch can thiệp.
- Khoa Hồi sức tích cực Chống độc.
- Các Khoa/phòng có liên quan trong bệnh viện khi phối hợp điều trị

3. Trách nhiệm thực hiện:

- Ban Giám đốc
- Phòng QLCL&CTXH kiểm soát và ban hành quy trình.
- Đơn nguyên Tim mạch can thiệp
- Các khoa phòng liên quan phối hợp thực hiện.

4. Từ viết tắt

- CLVT: Cắt lớp vi tính
- CHT: Cộng hưởng từ
- MSCT: Chụp cắt lớp vi tính đa lớp cắt
- DSA: Kỹ thuật chụp mạch máu xoá nền.

5. Đại cương:

Can thiệp động mạch chậu không chỉ giúp cải thiện dòng máu đến chi dưới, mà còn có vai trò đảm bảo đường vào mạch máu để hỗ trợ điều trị các bệnh tim mạch, ví dụ như can thiệp động mạch vành qua đường động mạch đùi, đặt bóng đối xung động mạch chủ, đặt stent graft động mạch chủ.

Tái thông nội mạch động mạch chậu cho kết quả dài hạn tương đương với phẫu thuật, và cần cân nhắc lựa chọn biện pháp điều trị dựa trên đặc điểm giải phẫu của tổn thương (phân loại TASC II), cũng như tình trạng lâm sàng của người bệnh.

Đối với bệnh nhân có chỉ định can thiệp động mạch chậu, nên đánh giá kỹ giải phẫu tổn thương bằng MSCT, để dự kiến đường vào mạch máu và có chiến lược can thiệp tối ưu, cũng như những dụng cụ có thể cần sử dụng trong thủ thuật.

6. Chỉ định

Chỉ định can thiệp động mạch chậu cho các bệnh nhân đau cách hồi với những đặc điểm giải phẫu phù hợp theo khuyến cáo của ESC 2017

KHUYẾN CÁO CAN THIỆP TÁI TƯỚI MÁU TỔN THƯƠNG HẸP TẮC TẦNG CHỦ – CHẬU	LOẠI	MỨC ĐỘ BẰNG CHỨNG
Chiến lược can thiệp nội mạch được chỉ định đầu tay cho các tổn thương hẹp ngắn (< 5 cm)	I	C
Bệnh nhân phù hợp với phẫu thuật, bắc cầu nối chủ đùi nên được xem xét trong tắc chủ – chậu	IIa	B
Chiến lược can thiệp nội mạch nên được xem xét đầu tiên trong các tổn thương dài và/hoặc 2 bên ở bệnh nhân có nhiều bệnh phối hợp kèm theo	IIa	B
Can thiệp nội mạch có thể xem xét đầu tiên cho tổn thương tắc chủ chậu, nếu tiến hành bởi đội ngũ có kinh nghiệm và các lựa chọn phẫu thuật không thích hợp	IIb	B

7. Chống chỉ định

- Rối loạn đông máu nghiêm trọng và rất khó kiểm soát.
- Dị ứng nặng với thuốc cản quang chứa I-ốt.
- Phụ nữ đang mang thai.
- Huyết khối trong lòng động mạch chậu (cục máu đông nguy hiểm).

8. Thận trọng: Người bệnh suy giảm chức năng thận.

9. Chuẩn bị

9.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa.
- Bác sĩ phụ.
- Kỹ thuật viên điện quang.
- Điều dưỡng
- Bác sĩ, kỹ thuật viên gây mê (nếu người bệnh không thể hợp tác)

9.2. Thuốc

- Thuốc gây tê tại chỗ.
- Thuốc đối quang i-ốt.
- Heparin.
- Protamine sulfate.
- Dung dịch sát khuẩn.

- Nước muối sinh lý.

- Thuốc giãn mạch (Nitroglycerin...).

- Hộp thuốc cấp cứu

9.3. Vật tư y tế

- Vật tư y tế thông thường:

+ Bơm tiêm 1; 3; 5;10; và 20ml

+ Bơm tiêm dành cho máy bơm điện

+ Nước cất hoặc nước muối sinh lý

+ Găng tay, áo, mũ, khẩu trang phẫu thuật

+ Bộ dụng cụ can thiệp vô trùng: dao, kéo, kẹp, 4 bát kim loại, khay quả đậu, khay đựng dụng cụ

+ Bông, gạc, băng dính phẫu thuật.

+ Hộp thuốc và dụng cụ cấp cứu tai biến thuốc đối quang.

- Vật tư can thiệp chuyên dụng:

+ Bộ dụng cụ chọc động mạch Seldinger.

+ Bộ ống đặt lòng mạch (sheath), thường cỡ 6F hoặc 7F, có thể cần sheath dài hoặc sheath chuyên dụng cho đường vào đối bên.

+ Ống thông chụp mạch (Pigtail, Cobra, Simmons, Vertebral, multipurpose...).

+ Dây dẫn các loại (0.035", 0.018", 0.014"), bao gồm dây dẫn tiêu chuẩn, hydrophilic, dây dẫn cứng/siêu cứng.

+ Bóng nong động mạch (Angioplasty Balloon Catheter): Kích thước đường kính và chiều dài phù hợp với lòng mạch và tổn thương động mạch chậu.

+ Giá đỡ nội mạch (Stent): Thường là loại tự bung (self-expanding) cho động mạch chậu ngoài và loại nở theo bóng (balloon-expandable) cho động mạch chậu gốc hoặc chỗ chia nhánh. Kích thước phù hợp. Có thể cần stent có màng phủ (stent graft) trong trường hợp có giả phình hoặc vỡ mạch.

+ Bơm đo áp lực (Inflation device) để bơm bóng nong.

+ Dụng cụ bảo vệ chống thuyên tắc xa (ví dụ: lưới lọc - filter wire) có thể được cân nhắc tùy trường hợp.

+ Dụng cụ đóng lòng mạch hoặc chuẩn bị phương án khâu/ép cầm máu

9.4. Trang thiết bị

- Máy DSA.

- Máy bơm điện.

- Hệ thống lưu trữ.

- Phương tiện bảo hộ tia X.

9.5. Người bệnh

- Giải thích và ồng thuận: Giải thích rất kỹ về tình trạng hẹp/tắc động mạch chậu, mục tiêu can thiệp (nong bóng và/hoặc đặt stent), quy trình thực hiện, lợi ích (cải thiện lưu thông máu xuống chân, giảm đau cách hồi, liền vết loét...), và các nguy cơ/biến chứng tiềm ẩn (cao hơn chụp chẩn đoán, bao gồm tổn thương mạch máu, chảy máu, thuyên tắc, biến chứng do stent...). Người bệnh và gia đình ký cam kết đồng ý.

- Thuốc: Thường được yêu cầu sử dụng thuốc chống ngưng tập tiểu cầu kép (ví dụ: Aspirin và Clopidogrel) trong vài ngày trước can thiệp theo chỉ định của bác sĩ điều trị.

- Nhịn ăn: Nhịn ăn uống ít nhất 6-8 giờ trước thủ thuật.

- Vệ sinh: Vệ sinh sạch sẽ vùng bẹn hai bên.

9.6. Hồ sơ bệnh án: Họ và tên bệnh nhân, chẩn đoán, kĩ thuật can thiệp tương ứng với chẩn đoán.

9.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Tuỳ theo kĩ thuật và bệnh lý cụ thể.

9.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng lab DSA, đơn nguyên TMCT, bệnh viện đa khoa Tây Ninh.

9.9. Kiểm tra hồ sơ

a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... Xem xét hồ sơ, xét nghiệm chức năng thận, đông máu, công thức máu. Đánh giá kỹ lưỡng hình ảnh CLVT hoặc CHT động mạch chủ-chậu-đùi trước đó để lập kế hoạch chi tiết (đường vào, kích thước bóng/stent, loại stent...).

b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c) Đặt tư thế BN: Đặt người bệnh nằm ngửa, lắp đặt hệ thống theo dõi dấu hiệu sinh tồn (ECG, huyết áp, SpO2), thiết lập đường truyền tĩnh mạch.

10. Tiến hành quy trình

Vô cảm: Thường là gây tê tại chỗ kết hợp với an thần nhẹ (tiền mê). Gây mê toàn thân ít khi cần thiết trừ trường hợp phức tạp hoặc người bệnh không hợp tác.

Bước thực hiện	Người thực hiện	Mô tả
Bước 1: Mở đường vào lòng mạch	Bác sĩ	Lựa chọn đường vào tối ưu dựa trên vị trí và đặc điểm tổn thương: o **Đường vào đùi đối bên (Contralateral retrograde approach):** Phổ biến nhất cho can thiệp động mạch chậu một bên. Cho phép đi qua chỗ chia đôi động mạch chủ ("over the bifurcation"). o **Đường vào đùi cùng bên (Ipsilateral antegrade/retrograde approach):** Có thể sử dụng, đặc biệt nếu can thiệp động

		mạch chậu chung hoặc chậu ngoài cùng bên. ○ **Đường vào cánh tay/nách (Brachial/Axillary approach):** Là lựa chọn thay thế khi đường vào động mạch đùi không thuận lợi. Thực hiện kỹ thuật Seldinger để đặt sheath vào động mạch đã chọn. Tiêm Heparin liều hệ thống sau khi đã đặt sheath thành công. (50-100 UI/kg)
Bước 2: Chụp DSA chẩn đoán và lập kế hoạch can thiệp	Bác sĩ	- Đưa ống thông chụp mạch đến vị trí phù hợp (ví dụ: chỗ chia chủ bụng). - Chụp DSA động mạch chủ bụng-chậu hai bên ở tư thế thẳng và các tư thế chếch cần thiết để xác định chính xác vị trí, chiều dài, mức độ hẹp/tắc, tình trạng vôi hóa, tình trạng động mạch trước và sau tổn thương, tuần hoàn bàng hệ. - Đo đạc đường kính lòng mạch đoạn bình thường gần và xa tổn thương để chọn kích thước bóng và stent.
Bước 3: Đưa dụng cụ vượt qua sang thương	Bác sĩ	- Dùng ống thông hỗ trợ (ví dụ: Berenstein, angled Glidecath) và dây dẫn (thường là hydrophilic 0.035") để đi qua đoạn hẹp hoặc tắc. - Đối với tắc hoàn toàn mạn tính, có thể cần các kỹ thuật phức tạp hơn với dây dẫn chuyên dụng cho tắc mạn tính (CTO wires) hoặc kỹ thuật đi dưới nội mạc (subintimal). - Sau khi dây dẫn đã đi qua tổn thương và vào đúng lòng mạch ở đoạn xa, có thể đổi sang dây dẫn cứng hơn để hỗ trợ đưa bóng và stent.
Bước 4: Thực hiện can thiệp (nong bóng và/hoặc đặt stent)	Bác sĩ	**Nong bóng (Angioplasty):** ▪ Đưa bóng nong có kích thước phù hợp qua tổn thương theo dây dẫn. ▪ Dùng bơm áp lực bơm căng bóng tại vị trí hẹp với áp lực và thời gian theo chỉ định (ví dụ: 8-12 atm trong 1-3 phút). Theo dõi hình ảnh trên màn hình và cảm giác của người bệnh. Có thể nong nhiều lần. ▪ Sau khi nong, chụp DSA kiểm tra kết quả.

		Đặt Stent: ▪ Chỉ định đặt stent thường khi: nong bóng thất bại (còn hẹp >30-50%), có bóc tách thành mạch gây hẹp lòng mạch đáng kể, tổn thương bị vôi hóa nặng, tổn thương tại lỗ vào động mạch chậu gốc, hoặc tắc hoàn toàn. ▪ Lựa chọn loại và kích thước stent phù hợp. ▪ Đưa hệ thống mang stent (stent delivery system) qua tổn thương theo dây dẫn. ▪ Định vị chính xác vị trí cần đặt stent dưới màn huỳnh quang. ▪ Mở/bung stent theo hướng dẫn của nhà sản xuất. Đối với stent nở theo bóng, dùng bơm áp lực bơm bóng để làm nở stent. ▪ Thường thực hiện nong lại bằng bóng (post-dilation) sau khi đặt stent để đảm bảo stent nở tốt và áp sát thành mạch.
Bước 5: Chụp DSA kiểm tra sau can thiệp	Bác sĩ	- Chụp DSA ở nhiều tư thế để đánh giá kết quả cuối cùng: mức độ tái thông lòng mạch (hẹp tồn lưu <30% được coi là tốt), dòng chảy qua stent và xuống hạ lưu, tình trạng các nhánh bên, phát hiện các biến chứng tức thời (bóc tách, vỡ mạch, huyết khối, thuyên tắc xa). - Có thể đo chênh lệch áp lực trước và sau vị trí can thiệp để đánh giá hiệu quả huyết động.
Bước 6: Kết thúc can thiệp, rút dụng cụ và đóng lòng mạch	Bác sĩ	- Rút các ống thông, dây dẫn. - Rút sheath và thực hiện cầm máu tại vị trí chọc mạch bằng ép tay, dụng cụ đóng mạch hoặc khâu mạch. - Sát khuẩn, băng ép.

11. Theo dõi và xử trí tai biến

11.1. Theo dõi

- Theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn, tình trạng tưới máu chi dưới (mạch, màu sắc, nhiệt độ, cảm giác, vận động), và vị trí chọc mạch (chảy máu, tụ máu, giả phình).

- Duy trì thuốc chống ngưng tập tiểu cầu kép (Aspirin + Clopidogrel) trong thời gian dài theo chỉ định.

- Người bệnh nằm bất động tại giường, hạn chế vận động chân bên chọc mạch trong 6-24 giờ tùy phương pháp cầm máu.

11.2. Nhận định kết quả

Can thiệp thành công khi lòng động mạch chậu được tái thông tốt (hẹp tồn lưu <30%), dòng chảy xuống hạ lưu được cải thiện rõ rệt, không có biến chứng lớn.

11.3. Tai biến và xử trí:

- Tại chỗ chọc: Tương tự các can thiệp khác.

- Liên quan can thiệp: Bóc tách thành mạch (nếu nhẹ, theo dõi; nếu nặng, có thể cần đặt thêm stent), vỡ mạch (biến chứng nặng, cần dùng bóng chặn tạm thời, đặt stent graft hoặc phẫu thuật cấp cứu), thuyên tắc mạch hạ lưu (hút huyết khối, tiêu sợi huyết, phẫu thuật), co thắt mạch (dùng thuốc giãn mạch), tổn thương thận do thuốc đối quang, phản ứng dị ứng thuốc... Xử trí tùy thuộc vào loại và mức độ biến chứng.

12. Tài liệu tham khảo

- Bộ y tế (2013), Hướng dẫn quy trình kỹ thuật "Chẩn đoán hình ảnh và điện quang can thiệp".

- Phạm Mạnh Hùng (2019), Bệnh động mạch ngoại biên. Nhà xuất bản Y học.

Bệnh viện Đa khoa Tây Ninh – Đơn nguyên Tim mạch can thiệp

BẢNG KIỂM AN TOÀN PHẪU THUẬT

Trước khi khởi mê

SIGN IN

Kỹ thuật viên gây mê, điều dưỡng:

☐ Người bệnh xác nhận lại thông tin cá nhân, chẩn đoán đã được biết, phương pháp can thiệp/phẫu thuật đã được tư vấn. Người bệnh xác nhận hoàn toàn đồng ý tự nguyện thực hiện phẫu thuật.

☐ Có mặt đầy đủ các vị trí phụ trách trong cuộc phẫu thuật: kĩ thuật viên gây mê, bác sĩ gây mê, điều dưỡng dụng cụ, điều dưỡng phụ mổ, PTV chính, PTV phụ.

☐ Vị trí phẫu thuật đã được đánh dấu.

☐ Có đầy đủ dụng cụ gây mê, thuốc khởi mê, thiết bị hỗ trợ (máy thở, bơm tiêm tự động…).

Trước khi rạch da

TIME OUT

Điều dưỡng, kỹ thuật viên, phẫu thuật viên:

☐ Có mặt đầy đủ các vị trí phụ trách trong cuộc phẫu thuật: kĩ thuật viên gây mê, bác sĩ gây mê, điều dưỡng dụng dụ, điều dưỡng phụ mổ, PTV chính, PTV phụ.

☐ Xác nhận lại thông tin người bệnh, chẩn đoán, phương pháp phẫu thuật/ can thiệp, vị trí can thiệp.

Kháng sinh dự phòng trong vòng 60 phút

☐ Có ☐ Không thực hiện được

Dự kiến biến cố

Đối với phẫu thuật viên:

☐ Biến cố có thể xảy ra trong phẫu thuật

☐ Dự kiến thời gian phẫu thuật: ……phút

Trước khi bệnh nhân ra khỏi phòng mổ

SIGN OUT

Điều dưỡng, kĩ thuật viên, phẫu thuật viên

Điều dưỡng xác nhận lại:

☐ Phương pháp phẫu thuật/ can thiệp

☐ Tất cả y dụng cụ đầy đủ về số lượng (dụng cụ phẫu thuật, gạc, gòn, kim)

☐Thông tin mẫu bệnh phẩm (nếu có) chính xác

☐ Không có bất kỳ sự cố, bất thường nào về dụng cụ, thiết bị

Đối với điều dưỡng, gây mê, phẫu thuật viên:

☐Vấn đề chính cần lưu ý khi theo dõi hậu phẫu đối với người bệnh (ghi bên dưới).

☐ Người bệnh đã được kết nối monitor theo dõi.

Kháng sinh dự phòng trong vòng 60 phút:

☐ Có

☐ Không thực hiện được

Tiền căn dị ứng của người bệnh:

☐ Không

☐ Có: .....

Đường thở khó hoặc nguy cơ hít sặc:

☐ Không

☐ Có, và các dụng cụ hỗ trợ đã sẵn sàng

Nguy cơ mất máu lượng nhiều (≥500ml hoặc ≥7ml/kg với trẻ em):

☐ Không

☐ Có, và đường truyền trung tâm hoặc 2 đường truyền ngoại vi đã được thiết lập

☐ Dự kiến lượng máu mất: .....ml

Đối với bác sĩ/KTV gây mê:

☐ Các vấn đề cụ thể cần lưu ý

Đối với điều dưỡng:

☐ Dụng cụ phẫu thuật đầy đủ, sát khuẩn bề mặt hoàn tất

☐ Phim XQuang, CLVT, MRI… đã được treo lên bảng đèn.

☐ Người bệnh đã được kết nối monitor theo dõi.

Kháng sinh dự phòng trong vòng 60 phút:

☐ Có

☐ Không thực hiện được

Tiền căn dị ứng của người bệnh:

☐ Không

☐ Có: .....

Đường thở khó hoặc nguy cơ hít sặc:

☐ Không

☐ Có, và các dụng cụ hỗ trợ đã sẵn sàng

Nguy cơ mất máu lượng nhiều (≥500ml hoặc ≥7ml/kg với trẻ em):

☐ Không

☐ Có, và đường truyền trung tâm hoặc 2 đường truyền ngoại vi đã được thiết lập

☐ Dự kiến lượng máu mất: .....ml

Đối với bác sĩ/KTV gây mê:

☐ Các vấn đề cụ thể cần lưu ý

Đối với điều dưỡng:

☐ Dụng cụ phẫu thuật đầy đủ, sát khuẩn bề mặt hoàn tất

☐ Phim XQuang, CLVT, MRI… đã được treo lên bảng đèn.

Bệnh viện Đa khoa Tây Ninh – Đơn nguyên Tim mạch can thiệp

BẢNG KIỂM AN TOÀN PHẪU THUẬT

Trước khi khởi mê

SIGN IN

Kỹ thuật viên gây mê, điều dưỡng:

☐ Người bệnh xác nhận lại thông tin cá nhân, chẩn đoán đã được biết, phương pháp can thiệp/phẫu thuật đã được tư vấn. Người bệnh xác nhận hoàn toàn đồng ý tự nguyện thực hiện phẫu thuật.

☐ Có mặt đầy đủ các vị trí phụ trách trong cuộc phẫu thuật: kĩ thuật viên gây mê, bác sĩ gây mê, điều dưỡng dụng cụ, điều dưỡng phụ mổ, PTV chính, PTV phụ.

☐ Vị trí phẫu thuật đã được đánh dấu.

☐ Có đầy đủ dụng cụ gây mê, thuốc khởi mê, thiết bị hỗ trợ (máy thở, bơm tiêm tự động…).

Trước khi rạch da

TIME OUT

Điều dưỡng, kỹ thuật viên, phẫu thuật viên:

☐ Có mặt đầy đủ các vị trí phụ trách trong cuộc phẫu thuật: kĩ thuật viên gây mê, bác sĩ gây mê, điều dưỡng dụng dụ, điều dưỡng phụ mổ, PTV chính, PTV phụ.

☐ Xác nhận lại thông tin người bệnh, chẩn đoán, phương pháp phẫu thuật/ can thiệp, vị trí can thiệp.

Kháng sinh dự phòng trong vòng 60 phút

☐ Có ☐ Không thực hiện được

Dự kiến biến cố

Đối với phẫu thuật viên:

☐ Biến cố có thể xảy ra trong phẫu thuật

☐ Dự kiến thời gian phẫu thuật: ……phút

Trước khi bệnh nhân ra khỏi phòng mổ

SIGN OUT

Điều dưỡng, kĩ thuật viên, phẫu thuật viên

Điều dưỡng xác nhận lại:

☐ Phương pháp phẫu thuật/ can thiệp

☐ Tất cả y dụng cụ đầy đủ về số lượng (dụng cụ phẫu thuật, gạc, gòn, kim)

☐Thông tin mẫu bệnh phẩm (nếu có) chính xác

☐ Không có bất kỳ sự cố, bất thường nào về dụng cụ, thiết bị

Đối với điều dưỡng, gây mê, phẫu thuật viên:

☐Vấn đề chính cần lưu ý khi theo dõi hậu phẫu đối với người bệnh (ghi bên dưới).