

Ameliyat Tarihi:

Ameliyat / Bölgesi:

CERRAHİ GÜVENLİK KONTROL FORMU

I. Klinikten Ayrılmadan Önce

1. Hastanın;
☐ Kimlik bilgileri
☐ Ameliyatı
☐ Ameliyat bölgesi doğrulandı. İşaretli mi?
☐ Evet..... bölgesi ☐ Hayır ☐ İşaretlenemez
2. Hastanın onamları tam mı?
☐ Evet
- 3."Preoperatif Anestezi Hasta Değerlendirme Formu"
kontrol edildi mi?
☐ Evet
4. Hasta aç mı?
☐ Hayır.
5. Ameliyat bölgesi tıraşı yapıldı mı?
☐ Evet ☐ Hayır.....
6. Hastada makyaj/oje, protez, değerli eşya var mı?
☐ Evet..... ☐ Hayır
7. Hastanın kıyafetleri tümüyle çıkarılıp ameliyat
önlüğü ve bonesi giydirildi mi?
☐ Evet ☐ Hayır.....
8. Ameliyat öncesi gerekli özel işlem var mı?
☐ Lavman ☐ Mesane Kateterizasyonu
☐ Varis Çorabı ☐ Özel Tedavi protokolü
☐ Hayır ☐ Diğer...
9. Ameliyat için gerekli olacak özel malzeme,
implant var mı?
☐ Hayır ☐ Evet
10. Kan ve kan ürünü teyit edildi mi? Hazırmı?
☐ Hayır... ☐ Evet / Ünite .
11. Premedikasyon yapıldı mı?
☐ Hayır... ☐ Evet - İlacın Adı/Dozu
12. Hastanın gerekli laboratuvar ve radyoloji tetkikleri mevcut mu?
☐ Evet
13. Bulaşıcı hastalık var mı? ☐ Yok ☐ Var
☐ Yok ☐ Var İseizolasyonuvar mı? ☐ Gerekmez.
14. Şu an menstruasyon var mı?
☐ Yok ☐ Var

Servis Hemşiresi Ad Soyad-İmza:

Saat:.....

Teslim Eden Hemşire Ad Soyad-İmza:

Teslim Alan Hemşire/Anestezi Teknisyeni:

Ad- Soyad, İmza Saat:.....

II. Anestezi Verilmeden Önce

- *15. Hastanın kendisinden
☐ Kimlik bilgileri
☐ Ameliyatı
☐ Ameliyat bölgesi
☐ Hastanın ameliyatı ile ilgili tüm onamları doğrulandı.
☐ İşaretlenemez
16. Ameliyat bölgesinde işaretleme var mı?
☐ İşaretlenmez ☐ Var/Bölgesi bölgesi
17. Anestezi Güvenlik Kontrol listesi tamamlandı mı?
☐ Evet ☐ Evet ☐ Hayır
- *18. Pulse oksimetre hasta üzerinde ve çalışıyor mu?
☐ Evet
- Hastanın Risk Değerlendirmesi**
19. Hastanın bilinen bir alerjisi var mı?
☐ Yok ☐ Var
20. Gerekli görüntüleme cihazları var mı?
☐ Yok ☐ Var ☐ Gerekli değil
21. Hastada 500 ml ya da daha fazla kan kaybı
riski var mı? (çocuklarda 7 ml/kg)
☐ Yok
☐ Var; uygun damar yolu erişimi ve sıvı planlandı.
22. Kan hazırlığı teyit edildi.
☐ Evet

Saat:.....

Anestezi Teknisyeni Ad Soyad-İmza:

Anestezi Teknisyeni Ad Soyad-İmza:

III. Ameliyat Kesisinden Önce

23. Ekipteki kişiler kendilerini ad, soyad ve
görevleri ile tanıttı mı?
☐ Evet
24. Ekipten bir kişi sesli olarak hastanın kimliğinin,
yapılan ameliyatın, ameliyat bölgesinin doğruluğunu teyit etti mi?
☐ Evet ☐ İşaretlenmez
25. Kritik olaylar gözden geçirildi mi?
☐ Tahmini ameliyat süresi
☐ Beklenen kan kaybı
☐ Ameliyat sırasında gerçekleşebilecek beklenmedik olaylar
☐ Olası anestezi riskleri
☐ Hastanın pozisyonu
- **26. Profilaktik antibiyotik sorgulandı mı?
☐ Kesiden önceki son 60 dakika içerisinde uygulandı
☐ Uygulanmaz
27. Kullanılacak malzemeler hazır mı?
☐ Evet ☐ Hayır
28. Malzemelerin Sterilizasyonu uygun mu? İndikatör görüldü.
☐ Evet ☐ Hayır
29. Kan şekeri kontrolü gerekli mi?
☐ Evet ☐ Hayır
30. Antikoagülan kullanımı var mı?
☐ Evet ☐ Hayır
31. Derin Ven Trombozu profilaksisi gerekli mi?
☐ Evet ☐ Hayır

Saat:.....

Cerrah Ad Soyad - İmza

Scrub Hemşire Ad Soyad - İmza

IV. Ameliyattan Çıkmadan Önce

32. Gerçekleştirilen ameliyat için sözlü olarak
Hasta;
☐ Yapılan ameliyat,
☐ Ameliyat bölgesi,
teyit edildi.
33. Alet, spanç/kompres ve iğne
sayımları yapıldı mı?
☐ Evet/Tam
☐ Sayım uygulanmaz
34. Hastadan alınan numune etiketinde
☐ Hastanın adı doğru yazılı
☐ Numunenin alındığı bölge yazılı
Numune etiketlendi.
35. Ameliyat sonrası kritik gereksinimler
gözden geçirildi mi?
☐ Anestezi uzmanının önerileri:
☐ Cerrahin önerileri:
36. Hastanın ameliyat sonrası gideceği
bölüm teyit edildi mi?
☐ Evet
☐ Servis
☐ Yoğun bakım

Form Koordinatörü (Sirküle Hemşire):

Ad Soyad-İmza

NOTLAR:

*15. ve 18. maddeler acil durumlarda boş bırakılabilir.

**26. madde: Eğer antibiyotik profilaksisi 60'dk'dan önce yapılmışsa, ekip hastaya doz tekrarı yapmalıdır, eğer ek doz verilmez ise kutucuk boş bırakılmalıdır.

*** Formun tam olarak doldurulmasından Form Koordinatörü sorumludur. Tüm ekip üyelerinden imza olarak vakayı sonlandırır.

CERRAHİ / GİRİŞİMSEL İŞLEM BÖLGE İŞARETLEMESİ

Premedikasyon: ☐ Uygulandı ☐ Uygulanmadı

PREMEDİKASYON SONRASI YAŞAM BULGULARI

PREMEDİKASYON ÖNCESİ YAŞAM BULGULARI						PREMEDİKASYON SONRASI YAŞAM BULGULARI						
Saat	Ateş	Nabız	Solunum	Kar	Basıncı	SpO ²	Saat	Ateş	Nabız	Solunum	Kan Basıncı	SpO ²

Hastanın katılımı ile ameliyat/girişim bölgesi işaretlenmesini aşağıdaki şekil üzerinde yapınız.

- ☐ Hasta üzerinde işaretleme yapıldı ☐ Hastanın filmi üzerinde işaretleme yapıldı
☐ Hastanın üzerinde işaretleme yapılmadı ise nedeni ☐ Premature ☐ Alerji ☐ İşaretleme Reddi ☐ Diğer (belirtiniz)

Not: Diş (Çene Cerrahisi) ameliyatlarında otomasyon üzerinden işaretleme yapılır.

.....



☐ Katılımım ile hekim tarafından vücudum üzerinde şekilde de belirtildiği gibi işaretleme yapılmıştır.

☐ Ameliyat olacak veya girişim yapılacak bölgenin vücut üzerinde işaretlenmesinin faydaları ve zararları bana iletildi. Kendi isteğim ile vücudum üzerinde işaretleme yapılmasını red ediyorum.

Hasta veya Kanuni Temsilcisinin Adı-Soyadı.....(Kendi el yazısıyla)

İmzası

Tarih:/...../..... Saat: :

Hekim Adı - Soyadı :

İmzası

Tarih:/...../..... Saat: :