



Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
BHK_P_12	04.09.2012	20.04.2026	RV02	11

REVİZYON DURUMU

“Revizyon Tarihi”	“Açıklama”	“Revizyon No”
02.01.2023	Hastane Logosu’nun yenilenmesi, TEMOS standartları doğrultusunda, tüm maddeler gözden geçirildi. Doküman numaraları değiştirildi.	1
20.04.2026	Temos Standartları doğrultusunda tüm maddeler gözden geçirildi. Doküman Numarası değiştirildi.	2

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Başhekimlik	Kalite Koordinatörü	Hastaneler Yönetim Kurulu Başkanı



Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
BHK_P_12	04.09.2012	20.04.2026	RV02	11

1. AMAÇ

Hastanelerde sağlık hizmeti sürecinde cerrahi veya invaziv işlemlerde hasta güvenliğini arttırmak, tıbbi hata olasılığını ortadan kaldırmak ve hastanın doğru kişi olduğunu, yapılacak işlemin doğru olduğunu, cerrahi/invaziv işlem bölgesinin doğru olduğunu sağlamak için bir süreç belirlemektedir.

2. KAPSAM

Prosedür cerrahi ve invaziv işlemlerde hata olasılığını ortadan kaldırmak üzere kurgulanan faaliyetleri kapsar.

3. KISALTMALAR:-

4. TANIMLAR:

4.1. Cerrahi ve İnvaziv İşlem: Açık cerrahi girişimler, perkütan aspirasyon, biyopsi işlemleri, perkütankardiyak ve vasküler diagnostik girişimsel işlemler, laparoskopik ve endoskopik işlemler dâhil olmak üzere ancak bu işlemlerle sınırlı olmayan insizyon veya ponksiyon yapılan tüm işlemlerdir.

4.2. Güvenli Cerrahi: Cerrahi veya invaziv işlem planlanmış olan hastaya doğru işlemin (doğru hasta, doğru bölge, doğru işlem) uygulanmasının sağlanmasıdır.

4.3. Cerrahi/ İnvaziv Bölge İşaretleme: Hastaya, yanlış bölge (organ/seviye/giriş yeri) operasyonu/işlemi yapılmasını önlemek amacıyla ilgili bölgeye cerrahi/ invaziv işlemi gerçekleştirecek cerrah tarafından silinmez kalem ile yapılan bir uygulamadır.

4.4. Yanlış Hasta/Bölge/ Girişim Cerrahisi: Herhangi bir cerrahi/invaziv işlemin;

- Yanlış hastaya,
- Yanlış vücut bölgesine, organa veya anatomik bölgenin yanlış seviyesine (L2-L3 / L3-L4)
- Yanlış yaklaşımla (önden / arkadan), uygulanmasıdır.

4.5. Preoperatif Doğrulama: Hastanın klinikten ayrılmadan önce ve anestezi verilmeden önce tüm hazırlıkların, gerekli evrakların tamliğinin kontrolü ile birlikte yapılan doğrulama işlemleridir, bu süreçte hastanın katılımı ile ilerlenir.

4.6. Son Kontrol (Time Out): Cerrahi/invaziv işlemin yapılacağı yerde (ameliyathane, katater ünitesi gibi) anestezi uygulandıktan sonra cilt veya ameliyat kesisinin hemen öncesinde cerrahi/ invaziv işlem ekibinin doğru hasta, doğru bölge, doğru işlem olduğu ve gerekli malzeme ekipmanların tam olduğu konusunda son kontrollerin yapıldığı birkaç dakikalık duraklamadır.



Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
BHK_P_12	04.09.2012	20.04.2026	RV02	11

4.7. Çıkış Kontrolü (Sign Out): Hasta ameliyattan çıkmadan ve cerrah ameliyat odasını terk etmeden önce, hastanın hemşiresi veya ekibin başka bir üyesi tarafından cerrahi/ invaziv işlem ismi/ bölgesi, spanç ve aletlerin sayıldığı, varsa alınan patoloji numunelerinin

4.8. etiketlendiği (yüksek sesle okunarak), ameliyat sonrası gereksinimlerinin tanımlandığı konularında son kontrollerin sözel olarak teyit edilerek mutabık kalınmasıdır.

5. SORUMLULAR

Tüm sağlık çalışanları prosedürün uygulanmasından sorumludur.

6. FAALİYET AKIŞI

6.1. Cerrahi / İnvaziv Bölge İşaretleme Süreci

6.1.1. Cerrahi / İnvaziv bölge işaretleme lateralite, çoklu yapı (el ve ayak parmakları, lezyonlar), çoklu seviye (omurga) içeren ve tek organ olgu işlemlerinin tamamında zorunludur.

6.1.2. İşaretleme cerrahi / invaziv işlemi gerçekleştirecek hekim tarafından yapılır. İşlemin cerrahi bir ekip tarafından gerçekleştirileceği durumlarda işaretleme işlemi gerçekleştirecek sorumlu hekim (primer hekim) yapar.

6.1.3. Cerrahi / invaziv işlem yapılacak bölge, işlemden bir gece önce veya işlem sabahı hastanın katılımı ile işaretlenir.

6.1.4. Hastanın kimliği, kimlik bilekliğinden ve kendisinden, dosya ile kimlik bilekliğindeki Hasta No , Ad Soyad, Doğum Tarihi (Gün-Ay-Yıl) karşılaştırılarak kontrol edilir. Cerrah, planlanan cerrahi / invaziv işlem bölgesini hasta kayıtlarından ve görüntüleme raporlarından kontrol eder, hastaya da sorarak hastanın yapılacak girişim ve bölgenin / yatay yapıların belirlenmesine katılımını sağlar. Hasta katılımının mümkün olmadığı durumlarda (Şuuru kapalı, sedatize, konuşamayan, hukuki ehliyeti olmayan hastalar)“ yasal temsilcisi”nin işleme katılması sağlanır.

6.1.5. Cerrahi / invaziv işlem bölgesi, silinmeyen bir işaretleme kalemi (marker) ile açık olarak ve anlaşılma güçlüğü yaratmayacak şekilde, yuvarlak içinde cerrahi anlamına gelen “C” harfi yapılarak hastanın cildi üzerine işaretlenir. ‘X’ koyularak yapılan işaretleme geçersizdir.

Koyulması gereken işaret; ©

6.1.6. Cerrahi / invaziv işlem bölgesine yapılan işaretlemenin hastanın hazırlanıp (boyanıp), örtülmesinden sonra görünür kalması beklenir. Steril örtü, işaretlenmiş bölgeyi kapatmayacak şekilde örtülür.

6.1.7. İşaretleme gerektirmeyen cerrahi/ invaziv işlemlerde “Cerrahi Güvenlik Kontrol Formu” nun 2. Sayfasındaki şekil üzerine de işaretleme bölümü doldurulmaz.

6.1.8. Cerrahi bölge işaretleme yapılamayacak istisnai durumlar;

- Kateter, enstrüman yerleştirilen girişimler (kardiyak kateter vb)



Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
BHK_P_12	04.09.2012	20.04.2026	RV02	11

- Doğal organ açıklıklarında (örneğin; ağız, anüs, burun deliği, üreter gibi ancak, doğal organ açıklıklarında yapılacak müdahalelerde organ, sağ / sol ayırımı deri üzerinden yapılarak işaretlenir.
- Prematüre yenidoğanlar (işaretleme kalıcı iz bırakabilir)
- Cerrahi/ İnvaziv işlem yapılacak bölge üzerinde lezyon ya da açık yara olduğu durumlar
- Acil müdahaleler
- Alerjisi olan veya işaretleme kabul etmeyen hastalar

Bu istisnai durumlarda “Cerrahi Güvenlik Kontrol Formu” nun arka yüzündeki alana işaretleme yapmama nedeni belirtilir ve hastanın/yasal temsilcisinin imzası alınır, hekimde imzasını atar ve sadece “Cerrahi Güvenlik Kontrol Formu” nun arka yüzündeki beden resmi üzerinde işaretleme yapılır.

- 6.1.9.** Cerrahi/ invaziv işlem uygulanmayacak bölge kesinlikle işaretlenmez. Doktorun özellikle girişim amaçlı kullanılmasını istemediği bir bölgenin olması durumunda kullanılmayacak olan bölgeye görünür bir şekilde "HAYIR" yazılır. Venöz tıkanıklık, AV fistül, mastektomi ameliyatı yapılan bölgede olan kol, kalp cerrahisinde radial arter kullanımı planlanan durumlarda ön kol iç kısmına "HAYIR" yazılması serviste veya anestezi hazırlığı sırasında intravenöz / intraarteryel kateter takılmasını önlemek için kullanılır.
- 6.1.10.** Alçılı ya da bandajlı durumlarda işaretleme bandaj ya da alçı üzerine yapılır.
- 6.1.11.** Bilateral cerrahi/ invaziv işlemlerde her iki bölgede işaretlenir.
- 6.1.12.** Göz ameliyatlarında işaretleme işlem yapılacak gözün bulunduğu bölgede kaşın üzerinden yapılır.
- 6.1.13.** Çoklu yatay yapılarda (el ve ayak parmakları ve lezyonlar) en uygun ve en yakın bölge işaretlenir.
- 6.1.14.** Çoklu yapılarda birden fazla yatay yapıya işlem yapılacaksa her yapı için ayrı işaretleme yapılır.
- 6.1.15.** Çoklu düzeylerde (lomber ve torakal ve servikal omurlar) insizyon bölgesi işaretlenir ve seviyesi yazılır.
- 6.1.16.** **Beyin cerrahisi branşları cerrahi/invaziv işlem alanı; radyoloji tetkikleri üzerine, işlem yapılacak bölge, seviye işaretlenmesi ile belirtilir.**

6.2. Ameliyathanede Planlanan Cerrahi/ İnvaziv İşlemler İçin Güvenli Cerrahi Uygulamaları

- 6.2.1.** Cerrahi/ İnvaziv işlem kararı verilen hastanın hekimi (cerrah) ilgili işlem hakkında hastaya önerilen işlem, potansiyel faydaları ve çekinceleri, olası alternatifleri, başarı ihtimalini, iyileşme döneminde olabilecekleri, tedavi görmemenin olası sonuçlarını anlatır. Cerrah, hasta işlemi kabul ediyorsa işleme özel onam formunu işlemin adı, işlem süresi gibi bilgiler eksiksiz olacak şekilde doldurur ve hastadan işlem onayını alır.
- 6.2.3.** “Ameliyat Öncesi (Pre-op) Hasta Hazırlık Prosedürü” doğrultusunda hastanın anestezi hazırlığı ve hemşirelik faaliyetleri tamamlanır.



Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
BHK_P_12	04.09.2012	20.04.2026	RV02	11

- 6.2.4.** Cerrah ameliyat bölgesini ameliyattan bir gece önce veya ameliyat sabahı “6.1. Cerrahi/ İnvaziv Bölge İşaretleme Süreci” bölümüne uygun olarak işaretler.
- 6.2.5.**Klinikten Ayrılmadan Önce güvenli cerrahi uygulamaları; Hastanın hemşiresi, hasta ameliyathaneye gönderilmeden önce klinikte tüm hazırlıkları yapar ve aşağıda tanımlı tüm kriterleri kontrol ederek “Cerrahi Güvenlik Kontrol Formu” nun “I.Klinikten Ayrılmadan Önce” bölümüne kaydeder.
- 6.2.5.1.** Hastanın kimlik bilgileri 3 kimlik doğrulayıcı (Hasta ID No, Ad Soyad, Doğum Tarihi-Gün ay /yılıle hastanın kendisinden, dosyasından doğrulanır.
- 6.2.5.2.** Hastaya yapılması planlanan cerrahi/ invaziv işlem adı ve bölgesi doğrulanır.
- 6.2.5.3.**Cilt üzerinde cerrahi/ invaziv bölge işaretlemesinin varlığı ve uygunluğu kontrol edilir (istisnai durumlar hariç)
- 6.2.5.4.** Hastanın cerrahi/ invaziv işleme özel rızası kontrol edilir.
- 6.2.5.5.** Hastanın açıldığı sorgulanır.
- 6.2.5.6.** Cerrahi/ invaziv işlem öncesi bölgesinin tıraşı kontrol edilir.
- 6.2.5.7.** Hastada makyaj, oje, protez, değerli eşyaların olup olmadığı kontrol edilir.
- 6.2.5.8.** Hastanın kıyafetleri tümüyle çıkarılıp, ameliyat önlüğü giydirilip ve bonesi takılı olarak hazır olup olmadığı kontrol edilir.
- 6.2.5.9.** Hastada özel işlem (örneğin; lavman, mesane kateterizasyonu gibi)gerekliliği değerlendirilir ve gerekiyorsa uygulanıp uygulanmadığı kontrol edilir.
- 6.2.5.10.** Cerrahi/ invaziv işlem için gerekli olan malzeme, implant, kan veya kan ürünü hazırlığı teyit edilir.
- 6.2.5.11.** Hastanın bulaşıcı hastalık ve mensturasyon durumu kontrol edilir.
- 6.2.5.12.** Hastanın gerekli laboratuvar ve radyoloji tetkiklerinin olup olmadığı kontrol edilir ve hasta dosyası içine koyulur. Hasta kendi yatağı ile tüm tıbbi kayıtları, laboratuvar, radyoloji ve diğer tetkik sonuçlarını içeren fiziki hasta dosyası ile birlikte hemşire ve porter eşliğinde ameliyathaneye teslim edilir. Teslim sürecinde servis hemşiresi ile ameliyathane hemşiresi/ anestezi teknisyeni “Güvenli Cerrahi Kontrol Formu”, “I.Klinikten Ayrılmadan Önce” bölümünde teslim eden teslim alan bölümlerini saat belirterek karşılıklı olarak imzalar.
- 6.2.6.** Hastanın Ameliyathaneye Kabulü-Anestezi Verilmeden Önce güvenli cerrahi uygulamaları;
- 6.2.6.1.**Doğrulama ameliyathaneye giriş alanında teslim sürecinde yapılır. Hastaya klinikten ameliyathaneye kadar eşlik eden servis hemşiresi, ameliyathaneye girişte hastayı kabul eden anestezi teknikeri/ ameliyathane derleme ünitesi hemşiresine hastayı teslim ederken bilgileri (hasta ID no, ad soyad, doğum tarihi, cerrahi/ invaziv girişim adı, cerrah adı) karşılıklı doğrularak eksiksiz bir şekilde “Cerrahi Güvenlik Kontrol Formu” ve hasta dosyası üzerinden aktarır.
- 6.2.6.2.** Hastayı ameliyathaneye kabul eden anestezi teknikeri/ ameliyathane derleme ünitesi hemşiresi hastanın, doğru hasta olduğunu sözel olarak hastanın ifadesiyle (hastadan doğrudan ad soyad ve doğum tarihini (gün ay yıl olarak) söylemesi istenir), kimlik bilekliğinden ve hasta kayıtlarından kontrol eder.
- 6.2.6.3.** Hastanın cerrahi/ invaziv bölge işaretlemesini kontrol eder ve hastadan eli ile cerrahi/ invaziv işlem yapılacak bölgeyi göstermesini ister (hasta üzerinde işaretleme



Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
BHK_P_12	04.09.2012	20.04.2026	RV02	11

yapılamayacak istisnai durum var ise ilgili kontrolü Güvenli Cerrahi Kontrol Formu arka yüzünden kontrol eder).

6.2.6.4. Bilinci kapalı veya çocuk hastalarda ailesi /yasal temsilcisinin de teslim sürecine katılması sağlanarak kimlik doğrulama ve cerrahi/ invaziv işlem adı ve yeri sözel olarak onaylatılır. Aile ve yasal temsilcisi de yok ise bu adım atlanır.

6.2.6.5. Hastanın fiziki dosyasını teslim alır ve aşağıdaki kayıtların dosyada olup olmadığını kontrol eder.

- Onam formları (işleme özel, anestezi sedasyon, kan/kan ürünü kullanımı onamı),
- Cerrahi Güvenlik Kontrol Formu (Alan işaretlemesini reddeden hastaların tıbbi kayıtları ile birlikte "Cerrahi/Girişimsel İşlem Alan İşaretlemesinin Reddi" kısmı)
- Anestezi Güvenlik Kontrol Formu,
- Ameliyata ilişkin tüm tetkikler ve radyoloji sonuçları,
- Alerji Etiket (hastanın varsa bilinen alerjileri teyit edilir)

Hastayı kabul eden anestezi teknikeri/ ameliyathane derleme ünitesi hemşiresi doğrulama sırasında hata veya yukarıda belirtilen maddelerde eksiklik tespit ederse hastanın ameliyathaneye kabulü durdurur ve hemen anestezi hekimine haber verir. Tespit edilen hata düzeltildikten veya eksiklik giderildikten sonra hastanın kabulü yapılır yaşanan olayla ilgili olarak "Düzeltilici Önleyici Faaliyet" üzerinden bildirim yapılır.

6.2.6.6. Hastayı kabul eden anestezi teknikeri/ ameliyathane hemşiresi hastayı preoperatif alana ve sonrasında ameliyat odasına alır.

6.2.6.7. Hastanın ameliyathaneye kabulü ile birlikte formun diğer alanlarını doldurarak tıbbi kayıtları, laboratuvar, radyoloji ve diğer tetkik sonuçlarının, cerrahi/ invaziv işlem için gerekli her türlü cihaz ekipman, protez ya da implant gibi detayların ameliyat odasında hazır bulunmasını sağlar.

6.2.6.8. Hastanın ameliyat odasına alınması ile birlikte anestezi ekibi "Güvenli Cerrahi Kontrol Formu", "II.Anestezi Verilmeden Önce" bölümündeki tüm parametreleri kontrol ederek işaretler.

6.2.6.9. Bu aşamada "Güvenli Cerrahi Kontrol Formu" sorumlusu olarak anestezi teknikeri anestezi uzmanından "Güvenli Cerrahi Kontrol Formu", "II.Anestezi Verilmeden Önce" bölümünün ve "Anestezi Güvenlik Kontrol Formu"nun tamamlandığını teyit eder. "Anestezi Güvenlik Kontrol Formu" ameliyat odasında kesiden önce doldurulur.

6.2.6.10. Hastaya anestezi verilmeden hemen önce hastanın cerrahla görüşmesi sağlanır.

6.2.7. Ameliyat Kesisinden Önce (Time Out – Mola Anı) güvenli cerrahi uygulamaları;

6.2.7.1. Anestezi verildikten sonra, cilt veya ameliyat kesisine başlamadan hemen önce tüm ekip üyelerinin katılımı ile Time-Out gerçekleştirilir. Time-Out tamamlandıktan sonra hiçbir ekip üyesi odadan çıkmaz.



Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
BHK_P_12	04.09.2012	20.04.2026	RV02	11

6.2.7.2. “Güvenli Cerrahi Kontrol Formu” sorumlu kişi, ameliyat kesisinden önce tüm ekip üyelerinin (cerrah, anestezi görevlileri ve hemşireler) kendi aralarında ameliyat hazırlığını ve ameliyatta gelişebilecek kritik olayları tartışmasını sağlar.

6.2.7.3. “Time Out” Uygulaması aşağıdaki gibi yapılır;

- Anestezi hekimi “Time Out – Mola Anı” diye seslenir.
- Tüm ekip üyeleri hasta masasına gelerek hiçbir işle ilgilenmeden sürece katılır.
- İlk olarak tüm ekip üyeleri ad ve görevlerini belirterek kendilerini tanıtır. (Ameliyat ekibi üyeleri sıklıkla değişebilir. Tüm ameliyat ekibi üyelerinin, birbirlerinin kim olduğunu ve görevlerini bilmesi ameliyat ekibinin başarısı için önem arz etmektedir. Sorumlu, odadaki her bir kişiye adları ve görevlerini belirterek kendilerini tanıtmalarını ister)
- İkinci olarak ameliyat ekibinden bir kişi (Anestezi hekimi);
 - ✓ Hastanın doğru kişi olduğunu teyit etmek için sesli olarak hastanın kimliğini sorar, tüm ekip üyeleri sırasıyla (Anestezi Hekimi, Cerrah, Anestezi Teknikeri ve Hemşireler) hasta ID no, hasta ad soyad, doğum tarihi (gün ay yıl olarak) bilgilerini okur ve teyit eder (Örn. 1549 hasta nolu Mehmet Mehmet 21.3.1973)
 - ✓ Yapılacak cerrahi/ invaziv işlemin doğru olduğunu teyit etmek için sesli olarak işlemin adını sorar ve tüm ekip üyeleri sırasıyla işlem adını söyler (Örn: Laparoskopik Kolesistektomi).
 - ✓ Cerrahi/ invaziv işlem bölgesinin doğru olduğunu teyit etmek için sesli olarak işlem bölgesini sorar tüm ekip üyeleri sırasıyla işlem bölgesini söyler (Örn: Sol Kasık Bölgesi). Bu adım “ Ameliyat Kesisinden Önce” aşamasının en önemli adımıdır.
 - ✓ Doğru hasta, doğru işlem, doğru bölge kontrolü de yapıldıktan sonra sırasıyla kritik olayların gözden geçirilip geçirilmediği, profilaktik antibiyotik gerekliliği, kullanılacak malzemelerin kontrolü, malzemelerin sterilizasyonunun uygunluğu, kan şekeri kontrol gerekliliği, antikoagulan kullanım durumu ve derin ven tromboz profilaksisi gerekliliği kontrol edilir anlaşmazlıklar varsa çözümlenir.
 - ✓ Eğer uygunsuzluk tespit edilir ise uygunsuzluğun türüne göre işleyiş başa döner.
- Tüm bu doğrulama ve kontrollerle “Güvenli Cerrahi Kontrol Formu”nun 3.aşaması tamamlanmış olur.
- Form koordinatörü Anestezi Teknikeri formun “Ameliyat Kesisinden Önce” bölümünün işaretlemesini yapar.



Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
BHK_P_12	04.09.2012	20.04.2026	RV02	11

- Genel anestezi altında sectio gibi uygulanan anestezinin bebeğe zarar verme riski bulunduğu operasyonlar ve diğer benzer acil müdahaleler sırasında time out zamanlaması cerrah tarafından belirlenir ve mümkün olduğunca kısa tutulur. Bu süre içinde mutlaka hastanın kimliği ve yapılacak işlem doğrulanır.

6.2.8. Ameliyattan Çıkmadan Önce (Sign Out – Çıkış Kontrolü) güvenli cerrahi uygulamaları;

6.2.8.1. Cerrahi/ İnvaziv girişimin tamamlanmasıyla hasta ve ekibin ameliyat odasından çıkmadan önce yara kapatılmasıyla eş zamanlı olarak çıkış kontrolü gerçekleştirilir.

6.2.8.2. Son kontrol sürecini ameliyathane hemşiresi/ameliyathane teknikeri veya teknisyeni başlatır ve cerrah ameliyat odasından ayrılmadan tamamlanır.

6.2.8.3. Hemşire/ameliyathane teknikeri veya teknisyeni, sırasıyla aşağıdaki başlıkları kontrol ederek tüm ekibin sözel katılımı ile doğrular.

- Kaydedilen/yazılan cerrahi/ invaziv işlem ve bölgesi ameliyat ekibi tarafından teyit edilir.
- Alet, spanç/kompres, iğne sayımları formun sayım sütununa kayıt edilir. Sayımların tam olduğunu sözlü olarak teyit edilir. Sayım uygulanmasına gerek olmayan işlemlerde “Cerrahi Güvenlik Kontrol Formu”nda “Sayım Uygulanmaz”kutucuğu işaretlenir.
- Hastadan alınan materyaller “Patoloji Örneği Etiket” ile etiketlenir, materyaller tek tek üzerindeki etiket bilgileri (Hasta No, Ad Soyad, Doğum Tarihi, Cinsiyet, Örnek Alınış Şekli, Örnek Alınan Organ/ Bölge) yüksek sesle okunarak doğru bir şekilde etiketlenmiş olduğu ekip üyelerinden sözlü olarak teyit edilir.
- Ameliyat sonrası Anestezistin ve Cerrahin kritik gereksinim önerileri, ekipman sorunları olup olmadığı kontrol edilir.
- Hastanın gideceği bölüm ekip tarafından teyit edilir.Tüm kontroller “Cerrahi Güvenlik Kontrol Formu” üzerinde işaretlenir ve anestezi teknikeri, ameliyathane hemşiresi,ameliyathane teknikeri veya teknisyeni tarafından form imzalanır böylece formun 4. Aşaması da tamamlanır.

6.2.9. Hastanın ameliyat odasından uyanma ünitesine, uyanma ünitesinden servise transferi;

6.2.9.1. Hastanın ameliyathanede kaldığı sürece hasta güvenliğinin sağlanması “Ameliyathane Hasta Güvenliği Talimatı” doğrultusunda yürütülür.

6.2.9.2. Hasta, ameliyat bittiğinde anestezi teknikeri/ anestezi hekimi eşliğinde güvenli biçimde ve mahremiyeti korunarak dosyası ile birlikte ameliyat odasından uyanma odasına alınır.

6.2.9.3. Uyanma odasında kalış süresi, verilen anestezi miktarına bağlı olarak değişir.

6.2.9.4. “Uyanma odasında Derlenme Odası İşleyiş Prosedürü” doğrultusunda süreç yürütülür.



Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
BHK_P_12	04.09.2012	20.04.2026	RV02	11

6.2.9.5. Hasta “Anestezi Sonrası Hasta Değerlendirme Formu ” ile izlenir ve Aldrete Skoru doğrultusunda çıkış değerlendirmesi yapılan hastanın ameliyathaneden ilgili birime transferine anestezi hekimi ve teknikeri onay verir.

6.2.9.6. Hastanın gideceği servise haber verilir. Transfer için ilgili servis/yoğun bakım hemşiresi, ayılma odası hemşiresinden hastayı porter eşliğinde “Hasta Taşıma/Kaldırma Talimatı” na uygun olarak servisine transferini yapar. Hastanın transferi “Hasta Transfer Prosedürü” doğrultusunda gerçekleştirilir.

6.2.10. Cerrahi Güvenlik sürecinin herhangi bir aşamasında hata tespit edildiğinde veya anlaşmazlığın olduğu durumda en önemli kural tutarsızlıklar tamamen çözülene kadar vakanın bekletilmesidir. Bu süreçte cerrah dahil ekip üyelerinin tamamı ve eğer mümkünse hasta veya ailesinin işlemler başlatılmadan önce çözüm üzerinde hem fikir olmaları sağlanmalıdır. Bütün tutarsızlıklar “Cerrahi Güvenlik Kontrol Formu”nda belirtilir ve tutarsızlık detayları ile çözümleri mutlaka “Hemşire Gözlem Notları”na kaydedilir.

6.2.11. Süreçle ilgili ramak kala olaylar dahil olmak üzere tüm aksaklıklar olaya şahit olan kişi tarafından Nucleus otomasyon sistemi “Düzeltilici ve Önleyici Faaliyet” modülü üzerinden bildirilir.

6.3. Ameliyathane Dışı Alanlarda Cerrahi/ İnvaziv İşlemler İçin Güvenli Cerrahi Uygulamaları

6.3.1.Ameliyathane dışı cerrahi/ invaziv işlem gerçekleştirilecek klinikler aşağıda tanımlanmıştır.

- Acil Servis
- Kateter (Anjio) Laboratuvarı
- Gastroenteroloji Kliniği
- Girişimsel Radyoloji
- Doğumhane
- Tüp Bebek Kliniği
- Nükleer Tıp Kliniği
- Medikal/ Radyasyon Onkoloji Kliniği
- Yoğun Bakım Üniteleri
- Yatan Hasta Servisleri

6.3.2. Hastanelerde, Ameliyathane dışında invaziv girişim (Port, CVP, Diyaliz Katateri vb.) esnasında sağlık çalışanları Hasta Güvenliğini sağlamak amacı ile hasta doğrulaması yapar. Doğrulama hemşiredeğerlendirme formlarındaki mola anı alanı ile ya da “Ameliyathane Dışı Girişimsel İşlem Doğrulama Formu” ile yapılır.

6.3.3. Cerrahi/ İnvaziv işlem kararı verilen hastanın hekimi ilgili işlem hakkında hastaya önerilen işlem, potansiyel faydaları ve çekinceleri, olası alternatifleri, başarı ihtimalini, iyileşme döneminde olabilecekleri, tedavi görmemenin olası sonuçlarını anlatır. Hekim, hasta işlemi kabul ediyorsa işleme özel onam formunu işlemin adı, işlem süresi gibi bilgiler eksiksiz olacak şekilde doldurur ve hastadan işlem onayını alır.



Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
BHK_P_12	04.09.2012	20.04.2026	RV02	11

6.3.4. Poliklinik sürecinde cerrahi/ invaziv girişime özgü onamı alınan hasta kayıt yaptırmayı/randevu alması için ilgili birime yönlendirilir.

6.3.5. Poliklinik hastalarında, randevu saati ayarlanıp işlem öncesi bankoda kayıt açıldıktan sonra hastayabeyaz kimlik bilekliği takılır. Yatan hastalarda randevu saatinde hasta dosyası ile birlikte ilgili bölüme transfer edilir.

6.3.6. İnvaziv girişim öncesi poliklinik ve yatan hastalar bölüme özgü değerlendirme formları ile hemşire tarafından da değerlendirilerek ön hazırlıkları tamamlanır. Bu süreçte mutlaka aşağıdaki parametreler hasta ile sözlü iletişim kurularak ve/veya hastanın kayıtlarından doğrulanır;

- Hasta ID no, ad soyad, doğum tarihi (gün ay yıl)
- İşlem adı ve işlem bölgesi
- İlgili tüm kayıtların, radyoloji görüntülerinin ve tetkik sonuçlarının mevcut ve hazır olduğu
- Gerekli tüm tıbbi teknoloji ve/veya protez/ implantın mevcut ve hazır olduğu

6.3.7. Cerrahi/ İnvaziv işlem işaretleme gerektiren bir işlem ise (işaretleme gerektirmeyen durumlar 6.1.9.de tanımlıdır) işlemi yapacak hekim cerrahi/ invaziv işlem bölgesini hastanın işleme hazırlanması sürecinde hastanın katılımı ile birlikte 6.1.5. maddesine uygun olarak işaretler.

6.3.8. İlgili klinikte cerrahi/ invaziv işleme başlamadan hemen önce işleme katılacak tüm ekip üyelerinin (hekim, hemşire ve anestezi uygulanıyorsa anestezi uzmanı ve teknikeri) hazır bulunması sağlanarak “Time-Out (Mola Anı)” süreci uygulanır. Bu süreçte aşağıdaki parametreler hastanın hekimi tarafından yüksek sesle sorularak işleme katılan ekip üyelerinden teyit etmesi istenir.

- Hasta ID no, ad soyad, doğum tarihi (gün ay yıl)
- İşlem adı
- İşlem bölgesi
- Gerekli hasta kayıtları ve ekipmanların hazır olduğu kontrol edilir.

6.3.9. Hastanın işleminin tamamlanmasıyla birlikte ekip üyeleri dağılmadan ve/veya hasta işlem odasından çıkarılmadan tüm ekip üyelerinin katılımı ile “Sign-Out (Çıkış Kontrolü)” süreci uygulanır. Bu süreçte aşağıdaki parametreler hastanın hemşire tarafından yüksek sesle okunarak işleme katılan ekip üyelerinden teyit etmesi istenir. **Kaydedilen/ yazılan cerrahi/invaziv işlemin adı**

- Alet, spanç/kompres, iğne sayımlarının tamamlandığı (şayet söz konusuysa)
- Hastadan alınan materyaller “Patoloji Örneği Etiket” ile etiketlenir, materyaller tek tek üzerindeki etiket bilgileri (Hasta ID No, Ad Soyad, Doğum Tarihi, Cinsiyet, Örnek Alınış Şekli, Örnek Alınan Organ/ Bölge) yüksek sesle okunarak doğru bir şekilde etiketlenmiş olduğu ekip üyelerinden sözlü olarak teyit edilir.



Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
BHK_P_12	04.09.2012	20.04.2026	RV02	11

- Ameliyat sonrası Anestezistin ve Cerrahin kritik gereksinim önerileri, ekipman sorunları olup olmadığı kontrol edilir. İlgili parametrelerin kontrol edildiği bölüme özel değerlendirme formlarına / Hemşire Gözlem ve Değerlendirme notlarına kayıt edilir.

6.3.10. Süreçle ilgili ramak kala olaylar dahil olmak üzere tüm aksaklıklar olaya şahit olan kişi tarafından Nucleus otomasyon sistemi “Düzeltilici Önleyici Faaliyet” modülü üzerinden bildirilir.

7. İLGİLİ DOKÜMANLAR:

- 7.1. Cerrahi Güvenlik Kontrol Formu
- 7.3. Ameliyat Öncesi (Pre-op) Hasta Hazırlık Prosedürü
- 7.4. Ameliyathane Hasta Güvenliği Kontrol Formu
- 7.5. Anestezi Güvenlik Kontrol Formu
- 7.6. Doku Örneği Etiketi
- 7.7. Ameliyathane Hasta Güvenliği Talimatı
- 7.8. Derlenme Odası İşleyiş Prosedürü
- 7.9. Anestezi Ayılma Ünitesi Takip Formu
- 7.10. Hasta Taşıma/Kaldırma Talimatı
- 7.11. Hasta Transfer Prosedürü
- 7.12. Hemşire Gözlem ve Değerlendirme Formu
- 7.13. Olay Bildirim Prosedürü

8. REFERANS DOKÜMANLAR:

- 8.1. TC Sağlık Bakanlığı Güvenli Cerrahi Uygulama Rehberi, Temmuz 2015, Ankara
- 8.2. www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/en/index.html
- 8.3. www.who.int/safesurgery