



AMELİYAT SONRASI HASTA BAKIM TALİMATI

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
HEM_T_85	15.06.2012	11.11.2022	RV01	3

REVİZYON DURUMU

“Revizyon Tarihi”	“Açıklama”	“Revizyon No”
11.11.2022	Hastane logosu değiştirildi. Madde 3 Sorumlular tanılamasına “ebe” Eklemesi yapıldı. Madde 5.2.9 katater (ıv katater, üriner katater) Eklemesi yapıldı. Madde 5.2.14 Hastanın üriner katateri yoksa spontan idrar kontrolü yapılır.(ilk 8 saat içinde yapması) ifadesi eklendi Madde 5.2.15 Hastanın oksijen ihtiyacı değerlendirilir, gerekirse O2 tedavisi başlanır ifadesi eklendi. Madde 5.2.16 Hastada takılı mayi kontrol edilerek “Hemşire İzlem Formu’na” kayıt edilir.Kan veriliyorsa; Kan akış hızı ve reaksiyon takip edilerek “Kan ve Kan Bileşeni Tranfüzyon Takip Formu’na” kaydı yapılır. İfadesi eklendi.	1

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Başhemşirelik	Kalite Koordinatörü	Hastaneler Yönetim Kurulu Başkanı



AMELİYAT SONRASI HASTA BAKIM TALİMATI

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
HEM_T_85	15.06.2012	11.11.2022	RV01	3

1. AMAÇ

Bu talimatı amacı ameliyat sonrası hasta bakımında standart bir yöntem belirlemektir.

2. KAPSAM

Bu talimat hastanın ameliyat sonrası bakım faaliyetlerini kapsar.

3. KISALTMALAR:-

4. TANIMLAR:-

5. SORUMLULAR

Bu talimatı uygulanmasından hekim ve hemşire, ebe sorumludur.

6. FALİYET AKIŞI

6.1. TEMEL İLKELER

6.1.1. Hasta, ameliyat bölgesi korunarak yatağa alınmalıdır.

6.1.2. Hastanın ameliyatına uygun pozisyon verilmelidir.

6.1.3. Hastanın solunum yolunun açık olması sağlanmalıdır.

6.1.4. Hastanın yaşam bulguları ölçülmeli ve periyodik olarak takip edilmelidir.

6.1.5. Tüm bulgu ve değerlendirmeler “**Hemşire İzlem Formu**” na kaydedilerek, ekip üyeleri ile paylaşılmalıdır.

6.2. UYGULAMA

6.2.1. Kullanılması planlanan malzemeler (böbrek küvet, mayi askısı, vb.) hasta odasında hazır bulundurulur.

6.2.2. Hasta uygulanan cerrahi girişime uygun olarak yatağına alınır.

6.2.3. Ameliyat örtüleri hastanın mahremiyeti korunarak alınır ve kirliye atılarak çamaşırhaneye gönderilmesi sağlanır.

6.2.4. Hastaya uygulanan cerrahi girişime uygun pozisyon verilir.

6.2.5. Solunum yolunun açıklığı kontrol edilir.

6.2.6. Hastanın vücut sıcaklığı korunur.

6.2.7. Hastanın insizyon bölgesi kanama, kızarıklık, akıntı yönünden değerlendirilir.

6.2.8. Ameliyat bölgesindeki pansumanların uygunluğu kontrol edilir.

6.2.9. Hastada bulunan katater (ıv katater, üriner katater vb.) drenlerin (hemovak, sumpdren, göğüs tüpü vb.); giriş yeri (kanama, kızarıklık, akıntı, tespit uygunluğu) ve seviyesi kontrol edilir ve “**Hemşire İzlem Formu**”na kaydedilir.

6.2.10. Dren kleminin (kapalı kalması istenmediyse) hasta yatağına alınır alınmaz açıklığı sağlanır.

6.2.11. Drenlerin akışkanlığı sağlanır ve gelen sıvının geri dönüşü engellenir.

6.2.12. Hastanın bulantı, kusması var ise aspire etmemesi için başı yan çevrilir ve hasta/hasta yakını bu konuda bilgilendirilir.

6.2.13. Hastanın bilinç durumu ve oryantasyonu değerlendirilir.

6.2.14. Hastanın üriner katateri yoksa spontan idrar kontrolü yapılır.(ilk 8 saat içinde yapması)

6.2.15. Hastanın oksijen ihtiyacı değerlendirilir,gerekirse O2 tedavisi başlanır.



AMELİYAT SONRASI HASTA BAKIM TALİMATI

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
HEM_T_85	15.06.2012	11.11.2022	RV01	3

6.2.16. Hastada takılı mayi kontrol edilerek “ **Hemşire İzlem Form’una**” kayıt edilir.Hastaya kan veriliyorsa kan akış hızı ve reaksiyon takip edilerek “**Kan ve Kan Bileşeni Tranfüzyon Takip Form**”una kaydı yapılır.

6.3. Hastanın Yaşam Bulguları

- 6.3.1.** Hasta genel veya rejyonal anestezi aldıysa;
İlk 1 saat; 15 dakikada bir
Sonraki 2. saat; 30 dakikada bir
2. saatten sonra; saatte 1 kez, devamında; yaşam bulguları normal sınırlarda ise “**Yaşam Bulguları Ölçme Talimatleri**” ne uygun olarak izlenir.
- 6.3.2.** “**Ağrı Yönetimi Prosedürü**”ne uygun olarak hastanın ağrısı değerlendirilir ve gerekli girişimlerde bulunularak “**Hemşire İzlem Formu**”na kaydedilir.
- 6.3.3.** Hastanın damar yolu; yeri, çalışma durumu, tespitin uygunluğu yönünden kontrol edilir.
- 6.3.4.** Hekim istemine uygun olarak aldığı-çıkardığı takibi yapılır ve “**Hemşire İzlem Formu**” na kaydedilir.
- 6.3.5.** Hastanın vücudundaki kanlı ve batikonlu bölgeler silinerek hasta giydirilir.
- 6.3.6.** Hemşire çağrı zili hastanın ulaşabileceği yere konulur ve bu konuda hasta/hasta yakınına bilgi verilir.
- 6.3.7.** Hastanın oral alacağı zaman, pozisyonu ve mobilizasyonu (varsa hekim istemine göre ve “**Ameliyat Sonrası Oral Beslenmeye Geçiş Talimatı**” ne uygun olarak) planlanır ve bu konuda hasta/hasta yakınlarına bilgi verilir.
- 6.3.8.** Hastanın ameliyat notu okunur ve “**Hemşire İzlem Formu**” na kaydedilir.

7. İLGİLİ DOKÜMANLAR

- 7.1.** Hekim İstem Prosedürü
7.2. Hemşire İzlem Formu
7.3. Yaşam Bulguları Ölçme Talimatleri
7.4. Ağrı Yönetimi Prosedürü
7.5. Kan Ve Kan Bileşeni Tranfüzyon Takip Formu