



İÜ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ

Hasta Adı Soyadı :

Ameliyat/Bölgesi :

Ameliyat Tarihi :

Ameliyathane Ekibi Tarafından Yapılacak Kontroller

TIBBİ TANISI:

PLANLANAN GİRİŞİM:

TARAF CERRAHİSİ Mİ?

Hayır

Evet



Sağ

Sol

İşaretli

İşaretsiz

Ameliyat Öncesi Kontroller

Hemşire Notu

Hemşire

Preoperatif eğitim yapıldı.

Ameliyat bölgesi cilt temizliği yapıldı .

Ameliyat malzemeleri hazır.

Kan ve kan ürünleri rezerve.

Hastanın gerekli laboratuvar ve radyoloji tetkikleri dosyasında.

Kan grubu kartı dosyasında.

Anestezi fişi Hasta Onam Formu
(dosyasında)

Tedavi tabelası dosyasında.

Klinik Hemşiresi Tarafından Yapılacak Kontroller

Saat	Beden Sıcaklığı (°C)	Nabız dk	Kan Basıncı mmHg	Solunum dk	SpO ₂	Ağrı Puanı	Kan Şekeri	Hemşire

Hemşire Notu

Hemşire

Taraf cerrahisi ise işaretleme yapıldı.

Aç bırakıldı.

Damar yolu açıldı.

Barsak temizliği yapıldı.

Protezleri çıkartıldı.

Takıları ve ojeleri çıkartıldı.

Kimlik Bilekliği takıldı.

Mesane boşaltımı sağlandı.

Ameliyat önlüğü-bone giydirildi.

Antiembolitik çorap giydirildi.

Premedikasyon yapıldı.

Antibiyotik profilaksisi yapıldı.

Antikoagülan tedavisi yapıldı.

Hasta onam formu dosyasında.

Hastayı klinikten ameliyathaneye teslim eden sağlık çalışanı:

Hastayı klinikten ameliyathaneye teslim alan sağlık çalışanı:

ANESTEZİ VERİLMEYEN ÖNCE**1- Hastanın kendisinden**

- Kimlik bilgileri Ameliyatı
 Ameliyat bölgesi Hastanın ameliyatı ile ilgili rızası doğrulandı.

2-Ameliyat bölgesinde işaretleme var mı?

- Var İşaretleme uygulanamaz

3-Anestezi Güvenlik Kontrol listesi tamamlandı mı?

- Evet Hayır

4- Pulse oksimetre hasta üzerinde ve çalışıyor mu?

- Evet Hayır

Hastanın Risk Değerlendirmesi**5- Hastanın bilinen bir alerjisi var mı?**

- Yok Var

6- Gerekli görüntüleme cihazları var mı?

- Yok Var

7- Hastada 500 ml ya da daha fazla kan kaybı riski var mı?

- Yok Var; uygun damar yolu erişimi ve sıvı planlandı.

Liste Sorumlusu Adı-Soyadı-İmza:**AMELİYAT KESİSİNDEN ÖNCE****1- Ekipteki kişiler kendilerini ad, soyad ve görevleri ile tanıttı mı?**

- Evet Hayır

2- Ekipten bir kişi sesli olarak hastanın kimliğini, yapılan ameliyatı, ameliyat bölgesini teyit etti mi?

- Evet Hayır

3- Kritik olaylar gözden geçirildi mi?

- Tahmini ameliyat süresi
 Beklenen kan kaybı
 Ameliyat sırasında gerçekleşebilecek beklenmedik olaylar
 Olası anestezi riskleri
 Hastanın pozisyonu

4- Profilaktik antibiyotik sorgulandı mı?

- Kesiden önceki son 60 dakika içerisinde uygulandı
 Kullanılmaz

5- Kullanılacak malzemeler hazır mı?

- Evet Hayır

6- Kan şekeri kontrolü gerekli mi?

- Evet Hayır

7- Antikoagülan kullanımı var mı?

- Evet Hayır

8- Derin Ven Trombozu profilaksisi gerekli mi?

- Evet Hayır

Liste Sorumlusu Adı-Soyadı-İmza:**AMELİYATTAN ÇIKMADAN ÖNCE****1- Gerçekleştirilen ameliyat için sözlü olarak**

- Hasta teyit edildi Yapılan ameliyat teyit edildi Ameliyat bölgesi teyit edildi.

2- Alet, spanç/kompres ve iğne sayımları yapıldı mı?

- Evet / Tam Hayır

3- Hastadan alınan numune etiketinde

- Hastanın adı doğru yazılı Numunenin alındığı bölge yazılı

4- Hastanın ameliyat sonrası gideceği bölüm teyit edildi mi?

- Evet Hayır

Liste Sorumlusu Adı-Soyadı-İmza:**Hastayı ameliyathaneden kliniğe teslim eden sağlık çalışanı:****Hastayı ameliyathaneden kliniğe teslim alan sağlık çalışanı:**