



Doküman Kodu: HB.FR.022

Yayın Tarihi: 15.09.2021

Revizyon Tarihi: -

Revizyon No: 0

Sayfa: 1 / 1

PROTOKOL NO: ADI/SOYADI: CİNSİYET: E () K ()

KLİNİK: TARİH/SAAT:

CERRAHİN DOĞRULAMASI:

UYGULANACAK CERRAHİ İŞLEM: _____

OPERASYON BİLGİLERİNİ UYGUN ALANLARA İŞARETLEYİNİZ

1. Aşağıdakileri gözden geçirerek cerrahi girişimin uygulanacağı bölge ve tarafı doğruladım ve silinmez mürekkeple hastanın cerrahi bölgesini işaretledim.

Fizik Muayene ()
Radyolojik (eğer gerekli görülerek yapılmış ise) tetkiklerin incelenmesi ()
Bilgilendirilmiş Onam ()
Hasta ve/veya yakınına cerrahi girişimin uygulanacağı taraf ve bölgenin onaylatılması ()

OPERASYON BİLGİLERİNİ UYGUN ALANLARA İŞARETLEYİNİZ

SAĞ () SOL ()
Çok Parçalı yapı (Ör. El / ayak parmakları)
Seviye (Ör: Vertebral/ spinal)

Tarih: Cerrahin Adı Soyadı: İmzası :

ANESTEZİSTİN DOĞRULAMASI

1. Aşağıdakileri gözden geçirecek cerrahi bölge ve tarafı doğruladım.

Klinik muayene ()
Tıbbi kayıt ve (eğer uygulanmışsa) radyolojik tetkik raporlarının gözden geçirilmesi ()
Cerrahi girişimin uygulanacağı bölgeye cerrah tarafından konan işaretin doğrulanması ()
Hasta ve/veya yakınına cerrahi girişimin uygulanacağı taraf ve bölgenin onaylatılması ()

OPERASYON BİLGİLERİNİ UYGUN ALANLARA İŞARETLEYİNİZ

SAĞ () SOL ()
Çok Parçalı yapı (Ör. El / ayak parmakları)
Seviye (Ör: Vertebral/ spinal)

Tarih: Anestezistin Adı Soyadı: İmzası:

HEMŞİRENİN DOĞRULAMASI

1. Aşağıdakileri gözden geçirerek cerrahi bölge ve tarafı doğruladım.

Ameliyat Listesi ()
Bilgilendirilmiş onam formu ()
Hasta ve/veya yakınına cerrahi girişimin uygulanacağı taraf ve bölgenin onaylatılması ()
Hemşirelik Bakım Planı Formu ()
Preoperatif Hekim Notu ()
Cerrahi girişimin uygulanacağı bölgeye cerrah tarafından konan işaret ()

OPERASYON BİLGİLERİNİ UYGUN ALANLARA İŞARETLEYİNİZ

Tarih: Hemşirenin Adı Soyadı: İmzası:

SON KONTROL:

MOLA SÜRECİ:

MOLA SÜRECİ YERİNE GETİRİLMİŞTİR:

ŞAHİT

ADI-SOYADI:

İMZA: