



Doküman Kodu: HB.LS.004

Yayın Tarihi: 15.09.2021

Revizyon Tarihi: -

Revizyon No: 0

Sayfa: 1 / 2

HASTANIN ADI SOYADI: YATTIĞI SERVİS:		AMELİYAT BÖLGESİ: AMELİYAT TARİHİ:	
I.KLİNİKTEN AYRILMADAN ÖNCE	II.ANESTEZİ VERİLMEYEN ÖNCE	III.AMELİYAT KESİSİNDE ÖNCE	IV.AMELİYATTAN ÇIKMADAN ÖNCE
1. Hastanın ; <input type="checkbox"/> Kimlik bilgileri <input type="checkbox"/> Ameliyatı <input type="checkbox"/> Ameliyat bölgesi doğrulandı. 2. Hastanın rızası kontrol edildi mi? <input type="checkbox"/> Evet 3. Hasta aç mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır..... 4. Ameliyat bölgesi traşi yapıldı mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır..... 5. Hastada makyaj/oje, protez, değerli eşya var mı? <input type="checkbox"/> Evet..... <input type="checkbox"/> Hayır 6. Hastanın kıyafetleri tümüyle çıkartılıp ameliyat önlüğü ve bonesi giydirildi mi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır..... 7. Ameliyat öncesi gerekli özel işlem var mı? <input type="checkbox"/> Lavman <input type="checkbox"/> Mesane kateterizasyonu <input type="checkbox"/> Varis çorabı <input type="checkbox"/> Özel tedavi protokolü <input type="checkbox"/> Diğer 8. Ameliyat için gerekli olacak özel malzeme, implant, kan veya kan ürünü hazırlığı teyit edildi mi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır 9. Hastanın gerekli laboratuvar ve radyoloji tetkikleri mevcut mu? <input type="checkbox"/> Evet	10. Hastanın kendisinden ; <input type="checkbox"/> Kimlik bilgileri <input type="checkbox"/> Ameliyatı <input type="checkbox"/> Ameliyat bölgesi Hastanın ameliyatı ile ilgili rızası doğrulandı. 11. Ameliyat bölgesinde işaretleme var mı? <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> işaretleme uygulanmaz 12. Anestezi güvenlik kontrol listesi tamamlandı mı? <input type="checkbox"/> Evet 13. Pulse oksimetre hasta üzerinde ve çalışıyor mu? <input type="checkbox"/> Evet <b>Hastanın risk değerlendirmesi</b> 14. Hastanın bilinen bir alerjisi var mı? <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var 15. Gerekli görüntüleme cihazları var mı? <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var 16. Hastada 500 ml ya da daha fazla kan kaybı riski var mı? <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var ;uygun damar yolu erişimi ve sıvı planlandı.	17. Ekipteki kişiler kendilerini ad, soyad ve görevleri ile tanıttı mı? <input type="checkbox"/> Evet 18. Ekipten bir kişi sesli olarak hastanın kimliğini, yapılan ameliyatı, ameliyat bölgesini teyit etti mi? <input type="checkbox"/> Evet 19. Kritik olaylar gözden geçirildi mi ? <input type="checkbox"/> Tahmini ameliyat süresi <input type="checkbox"/> Beklenen kan kaybı <input type="checkbox"/> Ameliyat sırasında gerçekleşebilecek beklenmedik olaylar <input type="checkbox"/> Olası anestezi riskleri <input type="checkbox"/> Hastanın pozisyonu 20. Profilaktik antibiyotik sorgulandı mı? Kesiden önceki son 60 dakika içerisinde <input type="checkbox"/> Uygulandı <input type="checkbox"/> Kullanılmaz 21. Kullanılacak malzemeler hazır mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır 22. Malzemelerin Sterilizasyonu uygun mu? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır 23. Kan şekeri kontrolü gerekli mi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır 24. Antikoagülan kullanımı var mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır 25. Derin Ven Trombozu profilaksisi gerekli mi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	26. Gerçekleştirilen ameliyat için sözlü olarak <input type="checkbox"/> Hasta, <input type="checkbox"/> Yapılan ameliyat, <input type="checkbox"/> Ameliyat bölgesi, teyit edildi. 27. Alet, spanç/kompres ve iğne sayımları yapıldı mı? <input type="checkbox"/> Evet/Tam <input type="checkbox"/> Hayır 28. Hastadan alınan numune etiketinde <input type="checkbox"/> Hastanın adı doğru yazılı <input type="checkbox"/> Numunenin alındığı bölge yazılı 29. Ameliyat sonrası kritik gereksinimler gözden geçirildi mi? Anestezistin önerileri:  Cerrahin önerileri:  30. Hastanın ameliyat sonrası gideceği bölüm teyit edildi mi? <input type="checkbox"/> Evet
<b>Liste Sorumlusu:</b> <b>Ad -Soyad, İmza</b>	<b>Liste Sorumlusu:</b> <b>Ad -Soyad, İmza</b>	<b>Liste Sorumlusu:</b> <b>Ad -Soyad, İmza</b>	<b>Liste Sorumlusu:</b> <b>Ad -Soyad, İmza</b>

