(Logonuz Burada)

**Demo Sağlık Tesisi (Prokalite.Com)**
HEMŞİRELİK SÜRECİ AMELİYAT ÖNCESİ HAZIRLIK TAKİP FORMU

| Doküman Kodu: HB.FR.005 | Yayın Tarihi: 28.11.2026 | Revizyon Tarihi: - | Revizyon No: 0 | Sayfa: 1 / 2 |
|---|---|---|---|---|

| **Hastanın Adı Soyadı** | | **Dosya / Bilgisayar No** | |
|---|---|---|---|
| **Cinsiyet / Yaş** | | **Bölümü / Tanı** | |

| **AMELİYATTAN ÖNCEKİ AKŞAM HEMŞİRELİK FAALİYETLERİ** | **E** | **H** | **Y** | **TARİH** | **SAAT** | **HEMŞİRE** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1.Planlanmış ameliyat gününün hastaya söylenmesi | | | | | | |
| 2.Ameliyat öncesi eğitim verilmesi | | | | | | |
| · Soluk alma, öksürme ve yatak içinde dönme egzersizleri öğretildi. | | | | | | |
| · İnsizyon ve pansuman yeri hakkında bilgi verildi | | | | | | |
| · Drenler hakkında bilgi verildi. | | | | | | |
| · Foley sonda NG sonda hakkında bilgi verildi. | | | | | | |
| · Ameliyathane ve yoğun bakım ortamı hakkında bilgi verildi. | | | | | | |
| · Ameliyat sonrası ağrı hakkında bilgi verildi | | | | | | |
| · Ameliyat sonrası ayağa kaldırma hakkında bilgi verildi. | | | | | | |
| · Ameliyat sonrası beslenme hakkında bilgi verildi. | | | | | | |
| 3. Tam kan sayımı | | | | | | |
| 4.Biyokimya tetkikleri | | | | | | |
| 5.İdrar tetkikleri | | | | | | |
| 6.Akciğer grafisi çekilmesi | | | | | | |
| 7.Gerektiğinde ameliyat sırasında kullanılacak ilaçların istenmesi | | | | | | |
| 8.Kan bankası ile kanların hazırlığı hakkında görüşme | | | | | | |
| 9.Kan cross kartı kontrolü | | | | | | |
| 10.Anestezi konsültasyonu | | | | | | |
| 11.Hekim istemine göre sedatif | | | | | | |
| 12.Hastanın en son hangi saatten itibaren aç kalması gerektiğinin söylenmesi | | | | | | |
| 13.Cerrahi izin belgesinin /rıza formunun kontrol edilmesi | | | | | | |
| 14.Ameliyat bölgesinin tıraş edilmesi | | | | | | |
| 15.Hekim istemine göre boşaltıcı lavman | | | | | | |
| 16.Makyaj ve ojenin temizlenmesi | | | | | | |
| 17.Normal banyo- providoniodinle banyo | | | | | | |
| 18.Protez, takı ve değerli eşyaların teslim alınması | | | | | | |
| 19.Şu anda menstruasyon var mı? | | | | | | |
| **AMELİYAT GÜNÜ SABAHI** | | | | | | |
| 1.Takma dişlerinin çıkarılması | | | | | | |
| 2.İşitme cihazının çıkarılması | | | | | | |
| 3.Ameliyat bölgesinin kontrol edilmesi | | | | | | |
| 4.Hastaya ait bilgilerin kontrol edilmesi | | | | | | |
| 5.Aç olup olmadığının kontrol edilmesi<br>Hastanın en son yemek yediği tarih/saat:<br>Hastanın imzası: | | | | | | |
| 6.Mesanenin boşaltılması | | | | | | |
| 7.Tüm çamaşırların çıkarıldığından emin olunması | | | | | | |
| 8. Ameliyat gömleği ve kep giydirilmesi | | | | | | |
| 9.Hekim istemine göre IV.mayi takılması | | | | | | |
| 10. Hekim istemine göre premedikasyon yapılması | | | | | | |
| 11. Ameliyatta kullanılacak malzeme ve ilaçların kontrol edilmesi | | | | | | |
| 12.Hasta dosyası, filmleri, ve ilaçları ile ameliyathaneye teslim<br>Teslim eden Teslim alan Teslim Alan<br>Servis hemşiresi Ameliyathane hemşiresi Anestezi Teknikeri | | | | | | |
| 13.Hastanın güvenli olarak sandalyeye veya sedyeye alınması ve kenarlıkların kaldırılması | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 14.Yaşam bulgularının kontrol edilmesi | | | | | | |
| 15.Hastanın ameliyathaneye güvenli bir şekilde teslim edilmesinin sağlanması | | | | | | |
| 16.Hastaya hazırlığının her aşamasında psikolojik destek sağlanması | | | | | | |