(Logonuz Burada)

Demo Sağlık Tesisi (Prokalite.Com)
GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ

HASTANIN ADI SOYADI: AMELİYAT BÖLGESİ:
YATTIĞI SERVİS: AMELİYAT TARİHİ:

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