

KOD	YAYIN TARİHİ	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA NO
SAH.LS.02	01.01.2017	----	0	1/1

Hastanın Adı Soyadı :

Ameliyat / Bölgesi

Ameliyat Tarihi: / / 20

I. Klinikten Ayrılmadan Önce	II. Anestezi Verilmeden Önce	III. Ameliyat Kesinden Önce	IV. Ameliyattan Çıkmadan Önce
<p>1. Hastanın;</p> <p><input type="checkbox"/> Kimlik bilgileri</p> <p><input type="checkbox"/> Ameliyatı</p> <p><input type="checkbox"/> Ameliyat bölgesi doğrulandı</p> <p><input type="checkbox"/> Taraf İşaretlenmesi yapıldı</p> <p>2. Hastanın rızası kontrol edildi mi? (Ameliyat onam formu onaylandı mı?)</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>3. Hasta aç mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>4. Ameliyat bölgesi tıraşı yapıldı mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>5. Hastada makyaj/oje, protez, değerli eşya var mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>6. Hastanın kıyafetleri tümüyle çıkarılıp ameliyat önlüğü ve bonesi giydirildi mi?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>7. Ameliyat öncesi gerekli özel işlem var mı</p> <p><input type="checkbox"/> Lavman <input type="checkbox"/> Mesane Kateterizasyonu</p> <p><input type="checkbox"/> Varis Çorabı <input type="checkbox"/> Özel Tedavi Protokolü</p> <p><input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>8. Ameliyat için gerekli olacak özel malzeme, implant, kan veya kan ürünü hazırlığı teyit edildi mi?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>9. Hastanın gerekli laboratuvar ve radyoloji tetkikleri mevcut mu?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p>	<p>10. Hasta ameliyat listesinde var mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>11. Hastanın kendisinden</p> <p><input type="checkbox"/> Kimlik bilgileri</p> <p><input type="checkbox"/> Ameliyatı</p> <p><input type="checkbox"/> Ameliyat bölgesi</p> <p><input type="checkbox"/> Hastanın ameliyatı ile ilgili rızası doğrulandı.</p> <p>12. Ameliyat bölgesinde işaretleme var mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> İşaretlenme uygulanamaz</p> <p>13. Anestezi Güvenlik Kontrol listesi tamamlandı mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet</p> <p>14. Pulse oksimetre hasta üzerinde ve çalışıyor mu?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet</p> <p style="text-align: center;">Hastanın Risk Değerlendirmesi</p> <p>15. Hastanın bilinen bir alerjisi var mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var</p> <p>16. Zor entibasyon riski var mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var (gerekli tedbir alındı)</p> <p>17. Hastada 500 ml ya da daha fazla kan kaybı riski var mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Yok</p> <p><input type="checkbox"/> Var; uygun damar yolu erişimi ve sıvı planlandı</p> <p>18. Hastanın gerekli laboratuvar ve radyoloji tetkikleri mevcut mu?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p>	<p>19. Ekipteki kişiler kendilerini ad, soyad ve görevleri ile tanıttı mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet</p> <p>20. Ekipten bir kişi sesli olarak hastanın kimliğini, yapılan ameliyatı, ameliyat bölgesini teyit etti mi? (Taraf işaretlemesi mevcut mu ?)</p> <p><input type="checkbox"/> Evet</p> <p>21. Kritik olaylar gözden geçirildi mi?</p> <p><input type="checkbox"/> Tahmini ameliyat süresi</p> <p><input type="checkbox"/> Beklenen kan kaybı</p> <p><input type="checkbox"/> Ameliyat sırasında gerçekleşebilecek beklenmedik olaylar</p> <p><input type="checkbox"/> Olası anestezi riskleri</p> <p><input type="checkbox"/> Hastanın pozisyonu</p> <p>22. Profilaktik antibiyotik sorgulandı mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Kesiden önceki son 60 dakika içerisinde uygulandı</p> <p><input type="checkbox"/> Kullanılmaz</p> <p>23. Kullanılacak malzemeler hazır mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>24. Malzemelerin Sterilizasyonu uygun mu</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>25. Kan şekeri kontrolü gerekli mi?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>26. Antikoagülan kullanımı var mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>27. Derin Ven Trombozu profilaksisi gerekli mi?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p>	<p>28. Gerçekleştirilen ameliyat için sözlü olarak</p> <p><input type="checkbox"/> Hasta</p> <p><input type="checkbox"/> Yapılan ameliyatı</p> <p><input type="checkbox"/> Ameliyat bölgesi teyit edildi.</p> <p>29. Alet, spanç/kompres ve iğne sayımları yapıldı mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet /Tam <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>30. Hastadan alınan numune etiketinde</p> <p><input type="checkbox"/> Hastanın adı doğru yazılı</p> <p><input type="checkbox"/> Numunenin alındığı bölge yazılı</p> <p>31. Ameliyat sonrası kritik gereksinimler gözden geçirildi mi?</p> <p><input type="checkbox"/> Anestezinin önerileri:</p> <p><input type="checkbox"/> Cerrahin önerileri:</p> <p>32. Hastanın ameliyat sonrası gideceği bölüm teyit edildi mi?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet</p>

Cerrahi Hekim (Ad-Soyad ve İmza)	Anestezi Uzmanı (Ad-Soyad ve İmza)	Cerrahi Hekim (Ad-Soyad ve İmza)	Cerrahi Hekim (Ad-Soyad ve İmza)
Servis Hemşiresi (Ad-Soyad ve İmza)	Anestezi Teknisyeni (Ad-Soyad ve İmza)	Ameliyat Hemşiresi (Ad-Soyad ve İmza)	Ameliyat Hemşiresi (Ad-Soyad ve İmza)

* Her bölüm, ilgili sorumlular tarafından sesli olarak kontrol edilerek işaretleme yapılmalıdır.