

		<b>ANESTEZİ GÜVENLİK KONTROL LİSTESİ</b>				
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO		
AH.LS.01	01.01.2019	0	-	Sayfa 1 / 1		

**Hastanın Adı Soyadı:**  
**Protokol No:**  
**Ameliyatı:**  
**Ameliyat Tarihi:**

**Klinik :**  
**Servis :**  
**Ameliyathane oda no :**

### RİSK FAKTÖRLERİ

<b>ASA</b>	1	<input type="checkbox"/>	
	2	<input type="checkbox"/>	
	3	<input type="checkbox"/>	
	4	<input type="checkbox"/>	
	5	<input type="checkbox"/>	
	E	<input type="checkbox"/>	
	<b>MALLAMPATİ SINIFLAMASI</b>		
			
<input type="checkbox"/> Sınıf 1		<input type="checkbox"/> Sınıf 2	
<input type="checkbox"/> Sınıf 3		<input type="checkbox"/> Sınıf 4	
	<b>Yok</b>	<b>Var</b>	<b>Açıklama</b>
Aspirasyon Riski	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bilinen Allerjisi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
İlaç kullanım öyküsü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ek Hastalık Öyküsü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Anormal muayene bulgularını yazınız</b>			

### EKİPMAN

<b>Havayolu (Airway)</b>	<b>Var ve Çalışıyor?</b>	<b>Evet</b>	<b>Hayır</b>
	Maske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Airway	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Laringoskop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Endotrakeal Tüpler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mandren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Solumum (Breathing)</b>		<b>Evet</b>	<b>Hayır</b>
	Kaçak (300ml/dk taze hava akımı 30 cmH2O basınç sağlar) var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sodalime'da renk değişikliği var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sirkulatuar sisteme çift balon testi uygulandı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Aspiratör (SuCtion) Çalışıyor mu?</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>İlaç ve Malzeme (Drugs and Device)</b>		<b>Evet</b>	<b>Hayır</b>
	Oksijen tüpü dolu ve kapalı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vaporizer dolu ve yerinde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Serumlar damlıyor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	İlaçlar hazır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kan ve sıvılar hazır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Monitörün alarmı açık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nemlendirici, Isıtıcılar, Termometre hazır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Acil (Emergency)</b>		<b>Var</b>	<b>Yok</b>
	Yardımcı kişi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Adrenalin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Süksinilkolin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ambu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eğitim verilebilen masa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anestezi Uz / Dr.  
 İmza/ Kaşe

Anestezi Teknisyeni  
 İmza