

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
HB.LS.02	01.01.2019	0	-	Sayfa 1 / 1

Hastanın Adı Soyadı:	Yapılacak Ameliyat:	Ameliyat Tarihi/Saati:
-----------------------------	----------------------------	-------------------------------

I.KLİNİKTEN AYRILMADAN ÖNCE	II.ANESTEZİ VERİLMEYEN ÖNCE	III.AMELİYAT KESİSİNDEN ÖNCE	IV.AMELİYATTAN ÇIKMADAN ÖNCE
<p>1-Hastanın ?</p> <p><input type="checkbox"/> Kimlik bilgileri <input type="checkbox"/> Ameliyatı <input type="checkbox"/> Ameliyat bölgesi Doğrulandı.</p> <p>2-Hastanın rızası kontrol edildi mi?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet</p> <p>3-Hasta aç mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır.....</p> <p>4-Ameliyat bölgesi traşi 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"/> Varis çorabı <input type="checkbox"/> Mesane Kateterizasyonu <input type="checkbox"/> Özel Tedavi Protokolü <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>8-Ameliyat için gerek olacak özel malzeme,implant,kan veya kan ürünleri hazırlığı teyit edildi mi?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet</p> <p>9-Hastanın gerekli laboratuvar ve radyoloji tetkikleri mevcut mu?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet</p> <p><u>Liste Sorumlusu:</u> Ad-Soyad,imza</p>	<p>10-Hastanın kendisinden</p> <p><input type="checkbox"/> Kimlik bilgileri <input type="checkbox"/> Ameliyatı <input type="checkbox"/> Ameliyat bölgesi <input type="checkbox"/> Hastanın ameliyatı ile ilgili rızası doğruladı.</p> <p>11-Ameliyat bölgesinde işaretleme var mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> İşaretleme uygulanamaz</p> <p>12-Anestezi Güvenlik Kontrol listesi tamamlandı mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet</p> <p>13-Pulse oksimetre hasta üzerinde ve çalışıyor mu?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hastanın Risk Değerlendirmesi</p> <p>14-Hastanın bilinen bir alerjisi var mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var</p> <p>15-Gerekli görüntüleme cihazları var mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var</p> <p>16-Hastada 500 ml ya da daha fazla kan kaybı riski var mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var,uygun damar yolu erişimi ve sıvı planlandı.</p> <p><u>Liste Sorumlusu:</u> Ad-Soyad,imza</p>	<p>17-Ekipteki kişiler kendilerini ad,soyad ve görevleri ile tanıttı mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet</p> <p>18-Ekipten bir kişi sesli olarak hastanın kimliğini,yapılan ameliyatı,ameliyat bölgesini teyit etti mi?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet</p> <p>19-Kritik olaylar gözden geçirildi mi?</p> <p><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</p> <p>20-Profilaktik antibiyotik sorgulandı mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Kesiden önceki son 60 dakika içerisinde uygulandı <input type="checkbox"/> Kullanılmaz</p> <p>21-Kullanılacak malzemeler hazır mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet</p> <p>22-Malzemelerin Sterilizasyonu uygun mu?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet</p> <p>23-Kan şekeri kontrolü gerekli mi?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır.....</p> <p>24-Antikoagülasyon kullanımı var mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır.....</p> <p>25-Cderin Ven Trombozu profilaksisi gerekli mi?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır.....</p> <p><u>Liste Sorumlusu:</u> Ad-Soyad,imza</p>	<p>26-Gerçekleştirilen ameliyat için sözlü olarak,</p> <p><input type="checkbox"/> Hasta, <input type="checkbox"/> Yapılan ameliyat, <input type="checkbox"/> Ameliyat bölgesi Teyit edildi.</p> <p>27-Alet,spanç/kompres ve iğne sayımları yapıldı mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet/Tam <input type="checkbox"/> Hayır.....</p> <p>28-Hastadan alınan numune etiketinde</p> <p><input type="checkbox"/> Hastanın adı doğru yazılı <input type="checkbox"/> Numunenin alındığı bölge yazılı</p> <p>29-Ameliyat sonrası kritik gereksinimler gözden geçirildi mi?</p> <p><input type="checkbox"/> Anestezistin önerileri:</p> <p><input type="checkbox"/> Cerrahin önerileri:</p> <p>30-Hastanın ameliyat sonrası gideceği bölüm teyit edildi mi?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet</p> <p><u>Liste Sorumlusu:</u> Ad-Soyad,imza</p> <p>30-Hastanın ameliyat sonrası gideceği bölüm teyit edildi mi?</p>