

	GÜVENLİ CERRAHİ İŞLEM PROSEDÜRÜ			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
AH.PR.02	01.01.2019	0	-	Sayfa 1 / 4

1. AMAÇ: Bu prosedürün amacı; yapılacak olan ameliyat/girişim sırasında doğru hastaya, doğru ameliyat/girişimi, doğru bölgede gerçekleştirmek için gerekli olan basamakları belirlemek ve ulusal, uluslar arası standartlar doğrultusunda hizmet vermektir.

2. KAPSAM: Bu prosedürün kapsamı, cerrahi veya invaziv girişim yapılan yerlerde (ameliyathane) güvenli cerrahi uygulaması için yapılan kontroller ve alınan güvenlik önlemlerini kapsar.

3. KISALTMALAR

4. TANIMLAR

Cerrahi İşaretleme: Hastaya, yanlış bölge (organ/seviye/giriş yeri) operasyonu/girişimi yapılmasını önlemek adına, ilgili bölgeye, cerrah tarafından silinmez kalem ile yapılan bir uygulamadır.

TIME - OUT: Cerrahi / invaziv işlem öncesi hastaya anestezi uygulanmadan hemen önce ameliyat/işlem ekibinin doğru hasta, doğru taraf, doğru işlem kontrolünün yapılması işlemidir.

5. SORUMLULAR: Cerrahları, anestezi görevlilerini, hemşireleri, teknisyenleri ve ameliyatla ilgisi olan diğer ameliyathane görevlileri.

6. FAALİYET AKIŞI

6.1. Var olan Alerji ve Reaksiyonların Sorgulanması

Hasta değerlendirmesi sırasında (Hekim ve hemşire değerlendirmeleri) hastanın bilinen ilaç reaksiyonları, alerjileri, kan transfüzyon öyküsü sorgulanır ve değerlendirme formlarına kayıt edilir. Hastadan alınan geri bildirim doğrultusunda planlama yapılır.

6.2. Hasta Onamı

Poliklinik muayenesi sırasında ya da hastanın yatışı yapıldıktan sonra cerrahi girişim öncesinde; Hekim tarafından hastaya hangi operasyon/işlemin yapılması gerektiği, hastanın durumu, önerilen tedavi, potansiyel yararlar ve sakıncalar, olası diğer seçenekler, başarı olasılığı, iyileşme ile ilgili olası sorunlar, tedavi olmamanın olası sonuçları hakkında hastanın anlayacağı dilde sözel bilgilendirme yapılır. **“Tıbbi Uygulama / Cerrahi / İnvaziv Girişim İçin Aydınlatılmış Hasta Onam Formu”** ya da **İşleme Özgü Onam Formunda** cerrahi / invaziv girişimin adı ve tarafını içerecek şekilde, eksiksiz olarak hekim tarafından doldurulur ve hastadan onay alınır.

6.3. Ameliyat Öncesi Hasta Hazırlığı

Ameliyat öncesi dönemde hastanede yatmakta olan hastalarda ameliyattan bir gün öncesinden başlayarak **“Ameliyat Öncesi Hasta Hazırlığı Kontrol Formu”** ile Hemşire tarafından ameliyata hazırlanır. (Tırası, açlık süresi vb) Tüm hazırlık süreci hasta ile işbirliği içinde (bilinci açık ise) kendisine adı-soyadı ve doğum tarihi sorularak, hasta kol bandı ve dokümanlar üzerinden ise ad soyad ve protokol numarası kontrol edilerek yapılır.

6.4. Taraf İşaretleme

Kimlik Doğrulaması

- İşaretleme işlemi hasta bilinçli iken yapılır. Şuuru kapalı ve küçük çocuklarda ise tıbbi kayıtları, kol bandı ve hasta yakınları ile hastaların kimlikleri doğrulanır.
- Hastaya / Yakınına;
- Kimlik bilgileri, Ameliyatı, Ameliyat bölgesi, Hastanın ameliyatı ile ilgili rızası doğrulanır.
- Kimlik doğrulamasından sonra işaretleme işlemine başlatılır.
- Taraf işaretleme için cerrahi taraf işaretleme kalemi kullanılır. Yapışkan taraf işaretleycileri kullanılmaz.
- Cerrahi / invaziv işlem uygulanacak taraf, silinmeyecek (alkolden etkilenmeyecek) kalem ile cerrah tarafından hastayı da işleme dâhil ederek işaretlenir. **Opere edilecek bölge “daire” içine alınarak hastanın üzerinde işaretlenir.** İşaretleme sırasında yanlışlık ifadesini çağrıştıran “X” işareti kullanılmaz.

	GÜVENLİ CERRAHİ İŞLEM PROSEDÜRÜ			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
AH.PR.02	01.01.2019	0	-	Sayfa 2 / 4

- İşaretleme sırasında hasta dosyası kayıtları, radyolojik görüntülemeler ve raporlar değerlendirilir.
 - Gerekli taraf belirme işlemi sağ-sol taraf, parmaklar-parmak uçları veya omurga seviyeleri gibi çoklu yapıları da içeren durumlara odaklanarak yapılır.
 - Çoklu yatay yapılar (el ve ayak parmakları ve lezyonlar) veya çoklu düzeylerde (lomber ve torakal ve servikal omurlar) en uygun ve en yakın bölge işaretlenir. Göz tarafı işaretleme için kaşın üzeri kullanılır.
 - Bileteral ameliyatlarda her iki taraf da işaretlenir.
 - Tek organlarda bölge işaretleme yapılır.
 - Beyin ameliyatlarında **film üzerinde** işaretleme yapılır.
 - Alçı ya da bandaj varsa üzerine işaretleme yapılır. Ameliyathanede bandaj çıkarıldıktan sonra tekrar işaretleme hastanın cildi üzerine yapılır.
- 6.5.** Ekip her operasyon / girişimde **“Güvenli Cerrahi Kontrol Formu”**nu doldurmalıdır.
- İşaretleme hasta ameliyata hazırlandıktan ve ameliyat örtüsü ile örtüldükten sonra bile görülebilecek şekilde yapılır. Ameliyat bölgesi dışındaki bölgelerde işaretleme yapılmaz.
 - İşaret belirsiz ve silik olmamalıdır. Ameliyat sırasında cilt temizliği / sterilizasyonu yapıldıktan sonra dahi görünür olmalıdır.

İşaretleme Yapılmadığı Durumlar

6.6. Acil müdahaleler, kateter ve enstrümanların takılmasında, cerrahi prosedürün tasarlandığı açık yara ve lezyonlarda, prematüre bebeklerde, genital bölge ve sezaryende ilgili müdahalelerde işaretleme yapılmaz, hasta kimliği doğrulanarak **“Güvenli Cerrahi Kontrol Formu”**nda işaretleme yapılır.

- Hastanın işaretleme kabul etmemesi durumunda **“Güvenli Cerrahi Kontrol Formu”**nda hastanın işaretleme istemediği belirtilir.
- İşaretleme yapılmadan hastaya premedikasyon yapılmaz, hasta ameliyathaneye gönderilmez.

6.7. Ameliyathaneye bir gün önceden gelen ameliyat listesinde aynı isimde hasta var ise Ameliyathane Sorumlusu tarafından kat hemşirelerine ve ameliyathane teknisyenlerine bilgi verilir.

6.8. Ameliyat Odası Hazırlığı

Ameliyathane sorumlusu tarafından ameliyathane, cihaz ve malzeme kontrolü yapılır. **“Tıbbi Cihaz Yönetim Planı”** doğrultusunda cihazların bakım ve kalibrasyonlarının zamanında yapılması sağlanır.

6.9. Hastanın Ameliyathaneye Teslimi

- Hasta ameliyathaneye gönderilmeden önce, hasta kimlik bilgileri kol bandı ve tıbbi kayıtları ile karşılaştırılır, ameliyat alanı / tarafının doğru olarak işaretlendiği kontrol edilir ve hemşire tarafından **“Güvenli Cerrahi Kontrol Formu”**na kaydedilir.
- Hastaya ameliyat öncesi servis hemşiresi tarafından kimlik doğrulama işlemi yapılır ve hasta, dosyası ile birlikte hemşire ve personel refakatinde ameliyathaneye gönderilir.
- Ameliyathaneye hasta kabul edilirken; Servis Hemşiresi ile Ameliyathane Hemşiresi /Teknisyeni / Anestezi Teknisyeni hastanın kimliği, planlanan girişim türü, ameliyat alanı, hastaya özel durumlar (alerji, transfüzyon öyküsü vb), ameliyat öncesi hazırlık sırasında gerçekleştirilemeyen basamaklar, taraf işaretleme, hasta dosyası ve radyolojik görüntülemelerin varlığı karşılıklı olarak kontrol edilir. Taraf işaretlemesinin yapılmaması halinde hastanın hekimi ile irtibata geçilir. Kontroller sonrası **Ameliyathaneye Hasta Giriş Çıkış Teslim Formu** imzalanarak hasta devri yapılır.
- Yüksek kan kaybı riskine karşın yapılacak cerrahi girişimin ve hastanın durumu göz önünde bulundurularak, kan merkezi ile iletişime geçilerek ameliyat öncesinde hastanın kan grubuna uygun kanın hazır bulundurulması sağlanır.

6.10. Anestezi Güvenlik Kontrolü

- Hastayı hayatı tehdit eden hava yolu ve solunum kaybından korumak için sorgulama

	GÜVENLİ CERRAHİ İŞLEM PROSEDÜRÜ			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
AH.PR.02	01.01.2019	0	-	Sayfa 3 / 4

- yapılarak gerekli önlemler önceden planlanır.
- Hastanın açlık durumu sorgulanır.
 - Hastanın onamının olup olmadığı kontrol edilir.
 - Anestezi cihazlarının tam ve çalışır durumda olduğu kontrol edilir.
 - Anestezi riskleri değerlendirilir.
 - Proflaktik antibiyotik uygulaması sorgulanır.
 - Süreç sorumlusu, anestezi verilmeden önce hasta üzerine bir nabız oksimetresi yerleştirildiğini ve bunun düzgün işler durumda olduğunu teyit eder. Nabız oksimetresinin okuma göstergesi ameliyat ekibi tarafından görülebilir durumda olmalıdır. Tüm kontroller Anestezi Değerlendirme Formuna kayıt edilir.
- 6.11. Hastaya Ait Risk Faktörlerinin Kontrolü**
- Ameliyathane Teknisyeni hastanın bilinen bir alerjisi olup olmadığını sorar, varsa ne olduğunu anestezi görevlisine sorarak teyit eder.
 - Anestezi görevlisi hastanın zor bir havayolu olup olmadığını objektif olarak değerlendirdiğini sözlü olarak teyit eder.
 - Anestezi ekibi, ameliyat sırasında yarım litreden fazla kan kaybı riski olup olmadığı kontrol edilir.
 - Hastada kullanılacak bir implant var ise, hazır olup olmadığı kontrol edilir.
- 6.12. Son Mola (Time-out) Uygulaması**
- Tüm cerrahi ve invaziv işlemlerde ameliyathane dışı yapılan işlemler dâhil (örn; endoskopi ünitesi, girişimsel radyoloji ünitesi gibi) işlem öncesinde doğru hasta, doğru taraf, doğru işlem olduğunu doğrulamak için hasta uyutulmadan önce son kontrol **-TIME OUT** uygulaması yapılarak
- _ Cerrahi Ekipte bulunan kişiler ve görevlerinin belirtilmesi,
 - _ Hastanın kimliğinin doğrulanması (protokol Numarası, Adı-Soyadı, doğum tarihi),
 - _ Uygulanacak cerrahi / invaziv işlem,
 - _ Tarafı, seviyesi ve işaretin yeri yüksek sesle tüm ekibe tek tek hemşire tarafından sözel olarak iletilir. Ameliyat ekibi tarafından onaylanır.
 - _ Cerrahi işlem sırasında kullanılacak olan alet, ekipman ve malzemeler hemşire/ameliyathane teknisyeni tarafından kontrol edildikten sonra işleme başlanır. Doğrulama işlemi **“Operasyon Alanı / Tarafı Doğrulama / İşaretleme ve Son Kontrol (Time Out) Formu”**na Time-Out ekibinde görevli bir personel tarafından kaydedilir.
- Time-out aşamasında herhangi bir şüphe ortaya çıkarsa sorun giderilmeden operasyona başlanmaz.
- 6.13. Görüntüleme Kontrolü**
- Ameliyathane Teknisyeni cerraha vaka için görüntüleme gerekip gerekmediğini sorar. Gerekiyorsa,
- Süreç sorumlusu gerekli görüntülemenin odada olduğunu ve ameliyat sırasında görünür şekilde mevcut olduğunu sözlü olarak teyit eder.
- 6.14. Kritik Olayların Gözden Geçirilmesi**
- Operasyona başlamadan önce cerrah, anestezi görevlileri ve hemşireler ile kritik tehlike durumları ve ameliyat planını gözden geçirir.
- 5.16. Son 60 Dakikada Profilaksi Uygulanma Kontrolü**
- Cerrahi enfeksiyon riskini azaltmak için, anestezi teknisyeni son 60 dakika içinde profilaktik antibiyotik verilip verilmediğini yüksek sesle sorar. Antibiyotik vermekle görevli ekip üyesi (genellikle de anestezi uzmanı) sözlü olarak teyit eder. Eğer antibiyotik profilaksisi henüz verilmemişse, insizyon öncesi hemen verilmelidir. Eğer antibiyotik profilaksisi 60 dakikadan da önce yapılmışsa, ekip hastaya doz tekrarı yapmalıdır.
- 6.16. Alet ve Spanç Sayımı**
- Ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında kullanılacak / kullanılan tüm alet ve spançlar sayılır ve **“Ameliyatta Kullanılan Alet / Malzeme Sayım Formu”** ile kayıt altına alınır.
- 6.17. Patolojik Numuneler**

 ÖZEL ORDU Sevgi HASTANESİ	GÜVENLİ CERRAHİ İŞLEM PROSEDÜRÜ			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
AH.PR.02	01.01.2019	0	-	Sayfa 4 / 4

Sirküle hemşire, hastanın adını, numunenin tanımını ve bütün ayırt edici işaretleri yüksek sesle okuyarak, girişim süresince alınan bütün patolojik numunelerin doğru bir şekilde etiketlenmiş olduğunu teyit eder.

6.18. Ameliyat sonrası hastanın gideceği bölüm belirlenir, gerekli güvenlik önlemleri alınarak sağlık personeli eşliğinde devir teslimler yapılarak bölümüne gönderilir.

6.19. Personelin Eğitimi

Hekim, kat hemşiresi, ameliyathane çalışanlarına oryantasyon programı sırasında güvenli cerrahi uygulamalar konusunda eğitim verilir.

6.20. Olay Bildirim Süreci

Süreçte alınan tüm önlemlere rağmen herhangi bir istenmeyen olay gerçekleşir ise; **“Güvenlik Raporlama Sistemi Prosedürü”** doğrultusunda hareket edilir.

7. İLGİLİ DÖKÜMANLAR

7.1. Güvenli Cerrahi Kontrol Formu

7.2. Anestezi Güvenliği Kontrol Formu

HAZIRLAYAN BÖLÜM KALİTE SORUMLUSU	KONTROL EDEN KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	ONAYLAYAN BAŞHEKİM
--	--	-------------------------------