

GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ

Protokol No :

Adı Soyadı :

Doğum Tarihi :

Cinsiyeti :

I. Klinikten Ayrılmadan Önce

- Hastanın;
☐ Kimlik bilgileri
☐ Ameliyatı
☐ Ameliyat bölgesi doğrulandı
- Hastanın rızası kontrol edildi mi?
☐ Evet
- Hasta aç mı?
☐ Evet ☐ Hayır
- Ameliyat bölgesi tıraşı yapıldı mı?
☐ Evet ☐ Hayır
- Hastada makyaj/oje, protez, değerli eşya var mı?
☐ Evet ☐ Hayır
- Hastanın kıyafetleri tümüyle çıkarılıp ameliyat önlüğü ve bonesi giydirildi mi?
☐ Evet ☐ Hayır
- Ameliyat öncesi gerekli özel işlem var mı?
☐ Lavman ☐ Mesane Kateterizasyonu
☐ Varis Çorabı ☐ Özel Tedavi Protokolü
☐ Diğer ☐ Hayır
- Ameliyat için gerekli olacak özel malzeme, implant, kan veya kan ürünü hazırlığı teyit edildi mi?
☐ Evet ☐ Hayır
- Hastanın gerekli laboratuvar ve radyoloji tetkikleri mevcut mu?
☐ Evet

Liste Sorumlusu:
Ad-Soyad, İmza

II. Anestezi Verilmeden Önce

- Hastanın kendisinden
☐ Kimlik bilgileri
☐ Ameliyatı
☐ Ameliyat bölgesi
☐ Hastanın ameliyatı ile ilgili rızası doğrulandı.
 - Ameliyat bölgesinde işaretleme var mı?
☐ Var ☐ İşaretlenme uygulanamaz
 - Anestezi güvenlik kontrol listesi tamamlandı mı?
☐ Evet ☐ Hayır
 - Pulse oksimetre hasta üzerinde ve çalışıyor mu?
☐ Evet
- Hastanın Risk Değerlendirmesi
- Hastanın bilinen bir alerjisi var mı?
☐ Yok ☐ Var
 - Gerekli görüntüleme cihazları var mı?
☐ Yok ☐ Var
 - Hastada 500 ml ya da daha fazla kan kaybı riski var mı?
☐ Yok
☐ Var; uygun damar yolu erişimi ve sıvı planlandı

Liste Sorumlusu:
Ad-Soyad, İmza

III. Ameliyat Keşişinden Önce

- Ekipteki kişiler kendilerini ad, soyad ve görevleri ile tanıttı mı?
☐ Evet
- Ekipten bir kişi sesli olarak hastanın kimliğini yapılan ameliyatı, ameliyat bölgesini teyit etti mi?
☐ Evet
- Kritik olaylar gözden geçirildi mi?
☐ Tahmini ameliyat süresi
☐ Beklenen kan kaybı
☐ Ameliyat sırasında gerçekleşebilecek beklen-medik olaylar
☐ Olası anestezi riskleri
☐ Hastanın pozisyonu
- Profilaktik antibiyotik sorgulandı mı?
☐ Keşiden önceki son 60 dakika içerisinde uygulandı
☐ Kullanılamaz
- Kullanılacak malzemeler hazır mı?
☐ Evet ☐ Hayır
- Malzemelerin Sterilizasyonu uygun mu?
☐ Evet ☐ Hayır
- Kan şekeri kontrolü gerekli mi?
☐ Evet ☐ Hayır
- Antikoagülan kullanımı var mı?
☐ Evet ☐ Hayır
- Derin Ven Trombozu Profilaksisi gerekli mi?
☐ Evet ☐ Hayır

Liste Sorumlusu:
Ad-Soyad, İmza

IV. Ameliyattan Çıkmadan Önce

- Gerçekleştirilen ameliyat için sözlü olarak
☐ Hasta
☐ Yapılan ameliyat
☐ Ameliyat bölgesi teyit edildi
- Alet, spanç/kompres ve iğne sayımları yapıldı mı?
☐ Evet/Tam ☐ Hayır
- Hastadan alınan numune etiketinde
☐ Hastanın adı doğru yazılı
☐ Numunenin alındığı bölge yazılı
- Ameliyat sonrası kritik gereksinimleri gözden geçirildi mi?
☐ Anestezistin önerileri:

☐ Cerrahin önerileri:
- Hastanın ameliyat sonrası gideceği bölüm teyit edildi mi?
☐ Evet

Liste Sorumlusu:
Ad-Soyad, İmza