|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | **Hastanın Adı Soyadı:** | | |  | | --- | | **Ameliyat / Bölgesi:** | | | |  | | --- | | **Ameliyat Tarihi/Saati :** | |
| **KLİNİKTEN AYRILMADAN ÖNCE**  **1-Hastanın?**   Kimlik bilgileri   Ameliyatı   Ameliyat bölgesi  Doğrulandı.  **2-Hastanın rızası kontrol edildi mi?**   Evet  **3-Hasta aç mı?**   Evet  Hayır …………………  **4-Ameliyat bölgesi tıraşı yapıldı mı?**   Evet  Hayır ………………….  **5-**Hastada makyaj/oje, protez, değerli eşya var mı?   Evet…………….  Hayır  6-Hastanın kıyafetleri tümüyle çıkarılıp ameliyat önlüğü ve bonesi giydirildi mi?   Evet  Hayır …………………  **7-Ameliyat öncesi gerekli özel işlem var mı?**   Lavman Mesane Kateterizasyonu   Varis çorabı Özel Tedavi protokolü  Diğer  Hayır  **8-Ameliyat için gerek olacak özel malzeme, implant, kan veya kan ürünleri hazırlığı teyit edildi mi?**   Evet  **9-**Hastanın gerekli laboratuvar ve radyoloji tetkikleri mevcut mu?   Evet  Liste Sorumlusu:  Ad-Soyad, İmza | **II. ANESTEZİ VERİLMEDEN ÖNCE**  **10-**Hastanın kendisinden   Kimlik bilgileri   Ameliyatı   Ameliyat bölgesi   Hastanın ameliyatı ile ilgili rızası  doğrulandı.  **11- Ameliyat bölgesinde işaretleme var mı?**   Evet  İşaretleme uygulanamaz  **12-Anestezi Güvenlik Kontrol listesi tamamlandı mı?**   Evet  **13- Pulse oksimetre hasta üzerinde ve çalışıyor mu?**   Evet  **Hastanın Risk Değerlendirmesi**  **14-** Hastanın bilinen bir alerjisi var mı?   Yok  Var ………………………..  **15- Gerekli görüntüleme cihazları var mı?**   Yok  Var  **16- 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. AMELİYAT KESİSİNDEN ÖNCE**  **17-**Ekipteki kişiler kendilerini ad, soyad ve görevleri ile tanıttı mı?   Evet  **18-** Ekipten bir kişi sesli olarak hastanın kimliğini, yapılan ameliyatı, ameliyat bölgesini teyit etti mi?   Evet  **19-Kritik olaylar gözden geçirildi mi?**   Tahmini ameliyat süresi   Beklenen kan kaybı   Ameliyat sırasında gerçekleşebilecek  beklenmedik olaylar   Olası anestezi riskleri   Hastanın pozisyonu  **20-Profilaktik antibiyotik sorgulandı mı?**   Kesiden önceki son 60 dakika içerisinde uygulandı  Kullanılmaz  **21- Kullanılacak malzemeler hazır mı?**   Evet  **22- Malzemelerin Sterilizasyonu uygun mu?**   Evet  **23-Kan şekeri kontrolü gerekli mi?**   Evet  Hayır  **24-Antikoagülan kullanımı var mı ?**   Evet  Hayır  **25-** Derin Ven Trombozu profilaksisi gerekli mi?   Evet  Hayır  Liste Sorumlusu:  Ad-Soyad, İmza | **IV. AMELİYATTAN ÇIKMADAN ÖNCE**  **26-**Gerçekleştirilen ameliyat için sözlü olarak,   Hasta,   Yapılan ameliyat,   Ameliyat bölgesi  teyit edildi.  **27- Alet, spanç/kompres ve iğne sayımları**  yapıldı mı?   Evet/Tam  Hayır  **28-Hastadan alınan numune etiketinde**   Hastanın adı doğru yazılı   Numunenin alındığı bölge yazılı  **29-**Ameliyat sonrası kritik gereksinimler gözden geçirildi mi?   Anestezistin önerileri:   Cerrahın önerileri:  **30-**Hastanın ameliyat sonrası gideceği bölüm teyit edildi mi?   Evet  Liste Sorumlusu:  Ad-Soyad, İmza |