|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **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 |