

KODU.AH.LS.01

YAYIN TARİHİ:27.05.2011

REVİZYON NO:03

REVİZYON TARİHİ:01.01.2023

SAYFA NO:1/1

HASTANIN ADI SOYADI:

PROTOKOL NO:

AMELİYAT BÖLGESİ:

AMELİYAT TARİHİ:

1.KLİNİKTEN AYRILMADAN ÖNCE

2.ANESTEZİ VERİLMEDEN ÖNCE

3.AMELİYAT KESİSİNDEN ÖNCE

4.AMELİYATTAN ÇIKMADAN ÖNCE

1.Hastanın:

- Kimlik Bilgileri
 Ameliyatı
 Ameliyat bölgesi

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 çıkartılıp ameliyat önlüğü ve bonesi giyildi mi?

Evet Hayır.....

7.Ameliyat öncesi gerekli özel işlem var mı?

- Lavman Mesane Kateterizasyonu
 Varis Çorabı Özel Tedavi Protokolü
 Diğer Hayır

8.Ameliyat için gerekli olacak özel malzeme,

implant, kan veya kan ürünü hazırlığı teyit edildi mi?

Evet Hayır.....

9.Hastanın gerekli laboratuvar ve radyoloji tetkikleri

mevcut mu?

Evet

Liste Sorumlusu:

Ad-Soyad,İmza

10.Hastanın kendisinden:

- Kimlik Bilgileri
 Ameliyatı
 Ameliyat bölgesi
 Hastanın ameliyatı ameliyatı ile ilgili rızası

doğrulandı

11.Ameliyat bölgesinde işaretleme var mı?

Evet İşaretleme uygulanmaz

12.Anestezi Güvenlik Kontrol Listesi Tamamlandı

mi?

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 500ml ya da daha fazla kan kaybı riski

var mı?

Yok

Var; uygun damar yolu erişimi ve sıvı planlandı

Liste Sorumlusu:

Ad-Soyad,İmza

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 Hayır

22.Malzemelerin sterilizasyonu uygun mu?

Evet Hayır

23.Kan şekeri kontrolü gerekli mi?

Evet Hayır

24.Antikoagülan kullanımı var mı?

Evet Hayır

25.Derin Ven Trombozu profilaksi gerekli mi?

Evet Hayır

Liste Sorumlusu:

Ad-Soyad,İmza

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?

Anestezi önerileri:

Cerrahin önerileri:

30.Hastanın ameliyat sonrası gideceği bölüm teyit

bölüm teyit edildi mi?

Evet

Liste Sorumlusu:

Ad-Soyad,İmza