

Hastanın Adı Soyadı : _____

Ameliyat Bölgesi : _____

Ameliyat Tarihi : _____

I. Klinikten Ayrılmadan Önce	II. Anestezi Verilmeden Önce	III. Ameliyat Kesisinden Önce	IV. Ameliyattan Çıkmadan 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 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 ile ilgili rızası doğrulandı. 11. Ameliyat bölgesinde işaretleme var mı? ☐ Var ☐ İşaretlenme uygulanamaz 12. Anestezi Güvenlik Kontrol listesi tamamlandı mı? ☐ Evet 13. Pulse oksimetre hasta üzerinde ve çalışıyor mu? ☐ Evet <u>Hastanın Risk Değerlendirmesi</u> 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	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 profilaksisi 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? ☐ Anestezistin önerileri: ☐ Cerrahin önerileri: 30. Hastanın ameliyat sonrası gideceği bölüm teyit edildi mi? ☐ Evet Liste Sorumlusu : Ad-Soyad, İmza

* Her bölüm ilgili sorumlular tarafından sesli olarak kontrol edilerek işaretleme yapılmalıdır.

Hekim Notları :