



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Kahramanmaraş Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi

Doküman Kodu: HB.FR.08
Yayın Tarihi : 22.07.2016
Revizyon Tarihi:
Revizyon No : 00

GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ

Hastanın Adı Soyadı: **Ameliyat / Bölgesi:** **Ameliyat Tarihi/Saati :**

I. KLİNİKTEN AYRILMADAN ÖNCE	II. ANESTEZİ VERİLMEDEN ÖNCE	III. AMELİYAT KESİSİNDEN ÖNCE	IV. AMELİYATTAN ÇIKMADAN ÖNCE								
<p>Hastanın adı soyadı? _____</p> <p>Kimlik bilgileri _____</p> <p>Ameliyatı _____</p> <p>Ameliyat bölgesi doğrulandı. _____</p> <p>Hastada ameliyata yönelik rızasını teyit etti mi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>Hastanın ameliyatı için gerekli olan malzeme, implant, kemik vb. temin edildi mi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>Hastanın gerekli laboratuvar ve radyoloji tetkikleri ile sonuçları mevcut mu? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p><u>Sorumlusu:</u> _____ Ad-Soyad, İmza</p>	<p>9- Hastanın kendisinden</p> <p><input type="checkbox"/> Kimlik bilgileri</p> <p><input type="checkbox"/> Ameliyatı</p> <p><input type="checkbox"/> Ameliyat bölgesi</p> <p><input type="checkbox"/> Hastanın ameliyatı ile ilgili rızası doğrulandı mı?</p> <p>10- Ameliyat bölgesinde işaretleme var mı? <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> İşaretleme uygulanamaz</p> <table border="1"><tr><td>55 54 53 52 51</td><td>61 62 63 64 65</td></tr><tr><td>18 17 16 15 14 13 12 11</td><td>21 22 23 24 25 26 27 28</td></tr><tr><td>48 47 46 45 44 43 42 41</td><td>31 32 33 34 35 36 37 38</td></tr><tr><td>85 84 83 82 81</td><td>71 72 73 74 75</td></tr></table> <p>11-Anestezi Güvenlik Kontrol listesi tamamlandı mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>12- Pulse oksimetre hasta üzerinde ve çalışıyor mu? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p><u>Hastanın Risk Değerlendirmesi</u></p> <p>13- Hastanın bilinen bir alerjisi var mı? <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var</p> <p>14- Gerekli görüntüleme cihazları var mı? <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var</p> <p>15- Hastada kan kaybı riski var mı? <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var; uygun damar yolu erişimi, sıvı ve kanama durdurucu ajanlar temin edildi.</p> <p><u>Liste Sorumlusu:</u> _____ Ad-Soyad, İmza</p>	55 54 53 52 51	61 62 63 64 65	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38	85 84 83 82 81	71 72 73 74 75	<p>16-Ekipteki kişiler kendilerini ad, soyad ve görevleri ile tanıttı mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>17- Ekipten bir kişi sesli olarak hastanın kimliğini, yapılan ameliyatı, ameliyat bölgesini teyit etti mi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>18-Kritik olaylar gözden geçirildi mi? <input type="checkbox"/> Tahmini ameliyat süresi</p> <p><input type="checkbox"/> Beklenen kan kaybı</p> <p><input type="checkbox"/> Ameliyat sırasında gerçekleşebilecek beklenmedik olaylar</p> <p><input type="checkbox"/> Olası anestezi riskleri</p> <p><input type="checkbox"/> Hastanın pozisyonu</p> <p>19-Profilaktik antibiyotik sorgulandı mı? <input type="checkbox"/> Kesiden önceki son 60 dakika içerisinde uygulandı</p> <p><input type="checkbox"/> Kullanılmaz</p> <p>20- Kullanılacak malzemeler hazır mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>21- Malzemelerin Sterilizasyonu uygun mu? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>22-Kan şekeri kontrolü gerekli mi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>23-Antikoagülan kullanımı var mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p><u>Liste Sorumlusu:</u> _____ Ad-Soyad, İmza</p>	<p>24-Gerçekleştirilen ameliyat için sözlü olarak, <input type="checkbox"/> Hasta, <input type="checkbox"/> Yapılan ameliyat, <input type="checkbox"/> Ameliyat bölgesi teyit edildi.</p> <p>25- Alet, spanç/kompres ve iğne sayımları yapıldı mı? <input type="checkbox"/> Evet/Tam <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Sayım uygulanmaz.</p> <p>26-Hastadan alınan numune etiketinde <input type="checkbox"/> Hastanın adı doğru yazılı <input type="checkbox"/> Numunenin alındığı bölge yazılı</p> <p>27-Ameliyat sonrası kritik gereksinimler gözden geçirildi mi? <input type="checkbox"/> Anestezistin önerileri:</p> <p><input type="checkbox"/> Cerrahin önerileri:</p> <p><u>Liste Sorumlusu:</u> _____ Ad-Soyad, İmza</p>
55 54 53 52 51	61 62 63 64 65										
18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28										
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38										
85 84 83 82 81	71 72 73 74 75										