

I.Klinikten Ayrılmadan Önce	II.Anestezi Verilmeden Önce	III.Ameliyat Kesisinden Önce	IV.Ameliyattan çıkmadan Önce
<p>1.Hastanın;</p> <p><input type="checkbox"/> Kimlik bilgileri</p> <p><input type="checkbox"/> Ameliyatı</p> <p><input type="checkbox"/> Ameliyat bölgesi doğrulandı</p> <p>2.Hasta ameliyata yönelik rızasını teyit etti mi?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet</p> <p>3.Hasta aç mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>4.Ameliyat bölgesi traşı yapıldı mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Gerekli değil.....</p> <p>5.Hastada makyaj/oje, protez, değerli eşya var mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>6.Hastanın kıyafetleri tümüyle çıkartılıp ameliyat önlüğü ve bonesi giydirildi mi?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>7.Ameliyat öncesi gerekli özel işlem var mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Lavman <input type="checkbox"/> Mesane kateterizasyonu</p> <p><input type="checkbox"/> Varis Çorabı <input type="checkbox"/> Özel tedavi protokolü</p> <p><input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>8.Ameliyat için gerekli olacak özel malzeme, implant, kan veya kan ürünü hazırlığı teyit edildi mi?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>9.Hastanın gerekli laboratuvar ve radyoloji tetkikleri mevcut mu?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet</p>	<p>10.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"/> Ameliyatı ile ilgili rızası doğrulandı mı?</p> <p>11.Ameliyat bölgesinde işaretleme var mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> İşaretleme uygulanmaz</p> <p>12.Anestezi güvenlik kontrol listesi tamamlandı mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet</p> <p>13.Pulse oksimetre hasta üzerinde ve çalışıyor mu?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet</p> <p><input type="checkbox"/> Hastanın risk değerlendirmesi</p> <p>14.Hastanın bilinen alerjisi var mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var</p> <p>15.Gerekli görüntüleme cihazları var mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Gerekli değil</p> <p>16.Hastada kan kaybı riski var mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Yok</p> <p><input type="checkbox"/> Var, uygun damar yolu erişimi ve sıvı planlandı.</p>	<p>17.Ekipteki kişiler kendilerini ad, soyad ve görevleri ile tanıttı mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet</p> <p>18.Ekipten bir kişi sesli olarak hastanın kimliğini, yapılan ameliyatı, ameliyat bölgesini teyit etti mi?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet</p> <p>19.Kritik olaylar gözden geçirildi mi?</p> <p><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>20.Profilaktik antibiyotik sorgulandı mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Kesiden önceki son 60 dakika içerisinde uygulandı</p> <p><input type="checkbox"/> Kullanılmaz</p> <p>21.Kullanılacak malzemeler hazır mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>22.Malzemelerin sterilizasyonu uygun mu?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>23.Kan şekeri kontrolü uygun mu?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>24.Antikoagulan kullanımı var mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>25.Derin Ven Trombozu profilaksisi gerekli mi?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p>	<p>26.Gerçekleştirilen ameliyat için sözlü olarak;</p> <p><input type="checkbox"/> Hasta</p> <p><input type="checkbox"/> Yapılan ameliyat</p> <p><input type="checkbox"/> Ameliyat bölgesi teyit edildi.</p> <p>27.Alet, spanç / kompres ve iğne sayımları yapıldı.</p> <p><input type="checkbox"/> Evet/Tam <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p><input type="checkbox"/> Sayım uygulanmaz</p> <p>28.Hastadan alınan numune etiketinde</p> <p><input type="checkbox"/> Hastanın adı doğru yazılı</p> <p><input type="checkbox"/> Numunenin alındığı bölge yazılı</p> <p>29.Ameliyat sonrası kritik gereksinimler gözden geçirildi mi?</p> <p><input type="checkbox"/> Anestezinin önerileri</p> <p><input type="checkbox"/> Cerrahin önerileri</p> <p>30.Hastanın ameliyat sonrası gideceği bölüm teyit edildi mi?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet</p>
Liste Sorumlusu: Ad-Soyad, İmza	Liste Sorumlusu: Ad-Soyad, İmza	Liste Sorumlusu: Ad-Soyad, İmza	Liste Sorumlusu: Ad-Soyad, İmza



GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ



Hastanın Adı

Ameliyat Bölgesi

Ameliyat Tarihi

Dokuman No:AH.LS.02

Yayın Tarihi: 01.01.2024

Rev.No:00

Rev.Tarihi: -

Sayfa No:2

HAZIRLAYAN

KALİTE BİRİM SORUMLUSU

İNCELEYEN

KURUM MÜDÜRÜ

ONAYLAYAN

BAŞHEKİM