



GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ^{TR}

Hastanın Adı Soyadı

Ameliyat/Bölgesi

Ameliyat Tarihi

I. Klinikten Ayrılmadan 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

II. Anestezi Verilmeden Önce

10. Hastanın kendisinden

- Kimlik bilgileri
 Ameliyatı
 Ameliyat bölgesi
 Hastanın ameliyatı ile ilgili rızası
Doğrulandı.

11. Ameliyat bölgesinde işaretleme var mı?

Var 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. Ameliyat Kesisinden 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 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

IV. Ameliyattan Çıkmadan 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:

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.