



GÜVENLİ ANESTEZİ VE HAVA YOLU YÖNETİMİ KONTROL FORMU

Operasyon/Girişim: Elektif Acil

Hastanın Adı Soyadı:

Protokol No:

Tarih:

Operasyonun Adı:

Doğum Tarihi:

Açlık Süresi: <4s 4-6s 6-8s >8s

PREOPERATİF MUAYENE Evet Hayır

Boy: VA: VKİ: ASA 1 2 3 4 5 Ek Hastalıklar:
Aspirasyon Riski Yok Var İlaç Kullanım Öyküsü Yok Var
Bilinen Allerji Yok Var Uyku Apnesi Yok Var

HAVA YOLU MUAYENESİ

Ağız Açıklığı < 4 cm ≥ 4 cm

Mallampati Skoru 1 2 3 4



Sternomental Mesafe

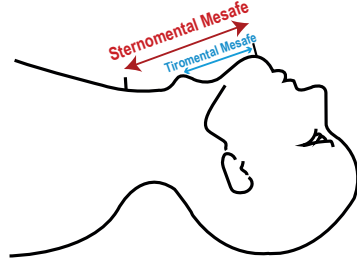
<12 cm ≥12 cm

Tiromental Mesafe

<6 cm ≥6 cm

Boyun Hareketleri

Kısıtlı Normal



Üst Dudak Isırma Testi

1 2 3



Retro/Mikrognati Var Yok

Sakal/Bıyık Var Yok

Diş Protezi (Mobil) Var Yok

BEKLENEN ZOR HAVA YOLU

Hayır Evet

Açıklama/Öneri:

Notlar:

EKİPMAN

Evet **Hayır**

Oksijen kaynağı dolu ve çalışıyor

Anestezi makinesi açık/fişe takılı

Kaçak testi yapıldı

Uygun devre boyutu seçildi

Vaporizatör dolu ve yerinde

Sodalime'da renk değişikliği yok

Atık sistemi çalışıyor

Aspiratör boş ve etkin çalışıyor

Monitör açık, alarm ayarları yapıldı

İLAÇLAR

İntravenöz yol çalışıyor

İlaçlar ve mayiler hazır

Resüsitasyon ilaçları hazır

HAVA YOLU EKİPMANI

Balon-Valf-Maske Maske Trakeal Tüp

Airway Sabitleyici Stile

Enjektör Buji Magill

DL. → Mac Miller McCoy

VL. → Mac Açılı Kanallı

Supraglottik Hava Yolu Cihazı

1. Jenerasyon 2. Jenerasyon

Fiberoptik Bronkoskop

Krikotirotoni Seti

Cerrahi Hava Yolu Seti

Diğer:

HAVA YOLU YÖNETİMİ/İŞLEM		HAVA YOLU YÖNETİMİ SONRASI	
<input type="checkbox"/> GA	<input type="checkbox"/> Uyanık <input type="checkbox"/> Diğer	ENTÜBASYON KONTROLÜ	
Preoksijenasyon	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet %O ₂ /dk	<input type="checkbox"/> EtCO ₂	<input type="checkbox"/> Oskültasyon <input type="checkbox"/> Diğer
<input type="checkbox"/> Nazal Kanül	<input type="checkbox"/> Yüz Maskesi <input type="checkbox"/> HFNO <input type="checkbox"/> Diğer	HAVA YOLU YARALANMASI	
YÜZ MASKESİ	<input type="checkbox"/> Başarılı <input type="checkbox"/> Kolay <input type="checkbox"/> Zor <input type="checkbox"/> Başarısız	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
AIRWAY	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet No:	<input type="checkbox"/> Uygun Tüp Tespiti	
LARİNGOSKOPI		ZOR HAVA YOLU BİLDİRİMİ	
<input type="checkbox"/> DL. → <input type="checkbox"/> Mac <input type="checkbox"/> Miller <input type="checkbox"/> McCoy <input type="checkbox"/> No:.....	<input type="checkbox"/> VL. → <input type="checkbox"/> Mac <input type="checkbox"/> Açılı <input type="checkbox"/> Kanallı <input type="checkbox"/> No:.....	<input type="checkbox"/> Zor Hava Yolu Var <input type="checkbox"/> SBYS Kaydı Yapıldı	
<input type="checkbox"/> Başarılı <input type="checkbox"/> Kolay <input type="checkbox"/> Zor	<input type="checkbox"/> Başarısız	EKSTÜBASYON	
Girişim Sayısı <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> >3	Cormack-Lehane <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> Ekstübasyon Kontrol Listesi	
		Ekstübasyon Sonrası Komplikasyon	
SUPRAGLOTTİK HAVA YOLU ARACI (SGA)		<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	
<input type="checkbox"/> Klasik <input type="checkbox"/> Proseal <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> No:.....	<input type="checkbox"/> Başarılı <input type="checkbox"/> Kolay <input type="checkbox"/> Zor	<input type="checkbox"/> Laringo/Bronkospazm	
<input type="checkbox"/> Başarısız	Girişim Sayısı <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> >3	<input type="checkbox"/> Desatürasyon	
TRAKEAL ENTÜBASYON	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nazal	<input type="checkbox"/> Negatif Basıncı Pulmoner Ödem	
ETT: <input type="checkbox"/> Kaflı <input type="checkbox"/> Kafsız <input type="checkbox"/> Spiralli <input type="checkbox"/> No:.....	Girişim Sayısı: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> >3	<input type="checkbox"/> Diğer	
<input type="checkbox"/> Başarılı <input type="checkbox"/> Kolay <input type="checkbox"/> Zor	<input type="checkbox"/> Başarısız	ENTÜBE TRANSFER	
<input type="checkbox"/> Buji <input type="checkbox"/> Stile <input type="checkbox"/> Fiberoptik Bronskop	<input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> Krikotiroidotomi <input type="checkbox"/> Trakeotomi	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	
<input type="checkbox"/> Başarılı <input type="checkbox"/> Kolay <input type="checkbox"/> Zor	<input type="checkbox"/> Başarısız	NOTLAR:	
Planlandığı gibi devam et		EKSTÜBASYON KONTROL LİSTESİ	
Hava yolu planı başarılı mı?		Kas tonusu yeterli mi?	
Ventilasyon yeterli mi?		Sedasyon/anestezi sonlandı mı?	
Yardıma çağırılmayacağını düşün!		Hava yolu problemi var mı?	
Yardıma çağır!!!		Ventilatörden ayrılmaya engel durum var mı?	
Acil Olmayan Yol		%100 O ₂ /dk ile oksijenasyon	
Güvenli hava yolunu sağla		Uygun pozisyon/Aspirasyon	
Acil Yol		Reentübasyon hazırlığı var mı?	
Güvenli ventilasyonu sağla		Ekstübasyon	
Evet		Hava yolunun desteklenmesi	
Denemeler arasında ventilasyonu değerlendir.		Yeterli oksijenasyon ve ventilasyonun teyidi	
Ventilasyon yeterli mi?		Anestezi Uzmanı	
Hayır		Ad Soyad, İmza	
Yardıma Çağır!		ACİL İNVAZİV HAVA YOLU	