|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Hastanın Adı Soyadı |  |
| Ameliyat/Bölgesi |  |
| Ameliyat Tarihi |  |
| l. Klinikten Ayrılmadan Önce | ll. Anestezi Verilmeden Önce  | lll. Ameliyat Kesisinden Önce | lV. Ameliyattan Çıkmadan Önce |
| **1.Hastanın;** Kimlik Bilgileri Ameliyatı Ameliyat bölgesi doğrulandı.**2.Hasta ameliyata yönelik rızasını teyit etti mi?**Evet**3.Hasta aç mı?** Evet Hayır ………………………..**4.Ameliyat bölgesi traşı yapıldı mı?** Evet Hayır Gerekli değil**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 için gerekli olacak özel malzeme, implant, kemik grefti vb. temin edildi mi?** Evet Hayır ………………………..**8.Hastanın gerekli laboratuar ve radyoloji ve tetkikleri ile konsültasyon sonuçları mevcut mu?** Evet  | **09.Hastanın kendisinden** Kimlik Bilgileri Ameliyatı Ameliyat bölgesi Ameliyatı ile ilgili rızası doğrulandı mı?**10. Ameliyat bölgesinde işaretleme var mı?** Evet İşaretlenme uygulanamaz

|  |  |
| --- | --- |
|  **55 54 53 52 51****18 17 16 15 14 13 12 11** | **61 62 63 64 65****21 22 23 24 25 26 27 28** |
| **48 47 46 45 44 43 42 41** **85 84 83 82 81** | **31 32 33 34 35 36 37 38****71 72 73 74 75** |

**11. Anestezi Güvenlik Kontrol Listesi tamamlandı mı?**Evet**12.Pulse oksimetre hasta üzerinde ve çalışıyor mu?**EvetHastanın Risk Değerlendirmesi**13.Hastanın bilinen bir alerjisi var mı?**Yok Var**14.Gerekli görüntüleme cihazları var mı?**Yok Var Gerekli değil**15.Hastada kan kaybı riski var mı?**Yok  Var;uygun damar yolu erişimi, sıvı ve kanama durdurucu ajanlar temin edildi. | **16.Ekipteki kişiler kendilerini ad, soyad ve görevleri ile tanıttı mı?** Evet **17.Ekipten bir kişi sesli olarak hastanın kimliğini, yapılan ameliyatı, ameliyat bölgesini teyit etti mi?** Evet **18. Kritik olaylar gözden geçirildi mi?** Tahmini ameliyat süresi Beklenen kan kaybı Ameliyat sırasında gerçekleşebilecek beklenmedik olaylar Olası anestezi riskleri Hastanın pozisyonu**19.Profilaktik antibiyotik sorgulandı mı?** Kesiden önceki son 60 dakika içerisinde uygulandı Kullanılmaz**20.Kullanılacak malzemeler hazır mı?** Evet Hayır**21.Malzemelerin sterilizasyonu uygun mu?** Evet Hayır**22.Kan şekeri kontrolü gerekli mi?** Evet Hayır**23.Antikoagülan kullanımı var mı?** Evet Hayır | **24.Gerçekleştirilen ameliyat için sözlü olarak;** Hasta, Yapılan ameliyat, Ameliyat bölgesi, teyit edildi,**25.Alet, Spanç /kompres ve iğne sayımları yapıldı mı?** Evet/Tam Hayır Sayım Uygulanmaz**26.Hastadan alınan numune etiketinde**Hastanın adı doğru yazılı Numunenin aldığı bölge yazılı**27.Ameliyat sonrası kritik gereksinimler gözden geçirildi mi?** Anestezistin önerileri; Cerrahın Önerileri; |
| Liste Sorumlusu:Ad-Soyad,İmza | Liste Sorumlusu:Ad-Soyad,İmza | Liste Sorumlusu:Ad-Soyad,İmza | Liste Sorumlusu:Ad-Soyad,İmza |