



**GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL FORMU**

I. Hasta Ameliyathaneye Alınmadan	II. Anestezi Yapılmadan Önce	III. Ameliyat Başlamadan Önce	IV. Ameliyathaneden 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 mı?</p> <p>2- Hastanın rızası kontrol edildi mi?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>3- Hasta aç mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>4- Hastada makyaj/ değerli eşya var mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>5-Ameliyat için gerekli olacak özel malzeme, implant, kemik grefti gibi ürünlerin hazırlığı teyid edildi mi?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>6-Hastanın gerekli labotuar ve radyolojik tetkikleri mevcut mu?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p>	<p>7-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>8-Ameliyat bölgesinde işaretleme var mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> İşaretleme uygulanamaz</p> <table border="1"><tr><td>55,54,53,52,51 18,17,16,15,14,13,12,11</td><td>61,62,63,64,65 21,22,23,24,25,26,27,28</td></tr><tr><td>48,47,46,45,44,43,42,41 85,84,83,82,81</td><td>31,32,33,34,35,36,37,38 71,72,73,74,75</td></tr></table> <p><b>Hastanın Risk Değerlendirmesi</b></p> <p>9-Hastanın bilinen bir alerjisi var mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var</p> <p>10-Hastada 500 ml yada daha fazla 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>11-Kullanılan anestezi madde ve sayısı</p> <p><input type="checkbox"/> Adrenalinli Sayı.....</p> <p><input type="checkbox"/> Adrenalinlessiz Sayı.....</p>	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	<p>12-Ekipteki kişiler kendilerini ad, soyad ve görevleri ile tanıttı mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet</p> <p>13-Ekipten bir kişi sesli olarak hastanın kimliğini, yapılan ameliyatı, ameliyat bölgesini teyit etti mi?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet</p> <p>14-Kritik olaylar gözden geçirildi mi?</p> <p><input type="checkbox"/> Tahmini ameliyat süresi</p> <p><input type="checkbox"/> Ameliyat sırasında gerçekleşebilecek beklenmedik olaylar</p> <p><input type="checkbox"/> Olası anestezi riskleri</p> <p>15-Profilaklik antibiyotik sorgulandı mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Ameliyat öncesi son .... Dakika içerisinde uygulandı.</p> <p><input type="checkbox"/> Kullanılmaz</p> <p>16-Kullanılacak malzemeler hazır mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>17-Malzemelerin Sterilizasyonu uygun mu?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>18-Kan şekeri kontrolü gerekli mi?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet (AKŞ.....) <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>19-TA kontrolü gerekli mi?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet (TA....) <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>20-Anfikoagülan kullanımı var mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p>	<p>21-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 mi?</p> <p>22-Hastadan alınan numune etiketinde Hastanın adı doğru yazılı mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>Numunenin alındığı bölge yazılı mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>23-Ameliyat sonrası hastaya nelere dikkat edeceği anlatıldı mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>24-Hasta ameliyat sonrasındaki kontrolleri hakkında bilgilendirildi mi?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p><b>Hasta Ad – Soyad:</b></p> <p><b>Protokol No:</b></p> <p><b>Hekim Ad – Soyad – İmza:</b></p>
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						