|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| aibu_dis_logo | **BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ | C:\Users\Aidata\Downloads\birincilogo_3559696.png |
| DOKÜMAN KODU | YAYIN TARİHİ | REVİZYON NO | REVİZYON TARİHİ | SAYFA NO |
| SAH.FR.02 | 11/03/2019 | - | - |  1/1 |
| **I. Klinikten Ayrılmadan Önce** | **II. Anestezi Verilmeden Önce** | **III. Ameliyat Kesisinden Önce** | **IV. Ameliyattan Çıkmadan 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 □Hayır □Diğer**8. Ameliyat için gerekli olacak özel malzeme, implant, kan veya kan ürünü hazırlığı teyit edildi mi?**  □Evet □Hayır……………………**9.** **Hastanın gerekli laboratuar ve radyoloji tetkikleri mevcut mu?**  □Evet | **10. Hastanın kendisinden**  □Kimlik bilgileri □Ameliyatı □Ameliyat bölgesi □Hastanın ameliyatı ile ilgili rızası doğrulandı. **11. Ameliyat bölgesinde işaretleme var mı?** □Var □İşaretlenme 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. | **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  | **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:  □Cerrahın önerileri:   **30. Hastanın ameliyat sonrası gideceği bölüm teyit edildi mi?**□Evet |
| Liste Sorumlusu: **Ad-Soyad, İmza** | Liste Sorumlusu: **Ad-Soyad, İmza** | Liste Sorumlusu: **Ad-Soyad, İmza** | Liste Sorumlusu: **Ad-Soyad, İmza** |
| Her bölüm, ilgili sorumlular tarafından sesli olarak kontrol edilerek işaretleme yapılmalıdır. |
| **AMELİYATHANEYE HASTA TESLİMİ VE ONAYLAR** **□** Hekim istemine göre **premedikasyon/İlaç** yapılması □ Hastanın güvenli olarak sandalyeye veya sedyeye alınması ve kenarlıkların kaldırılması |