|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | | |