|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| aibu_dis_logo | **BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**AMELİYAT ÖNCESİ HAZIRLIK VE AMELİYAT SONRASI TAKİP FORMU | C:\Users\Aidata\Downloads\birincilogo_3559696.png |
| DOKÜMAN KODU | YAYIN TARİHİ | REVİZYON NO | REVİZYON TARİHİ | SAYFA NO |
| SHB. FR. 14 | 11/03/2019 | - | - |  1/1 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **AMELİYATTAN ÖNCESİ BAKIM** | **Saat** | **Hemşire** | **AMELİYAT GÜNÜ SABAHI** | **Saat** | **Hemşire** |
| Planlanmış ameliyat gününün hasta ile teyit edilmesi |  |  | İşitme cihazının çıkarılması /bırakıldığında ameliyathane hemşiresine haber verilmesi |  |  |
| Ameliyat öncesi eğitim verilmesi |  |  | Ameliyat bölgesinin kontrol edilmesi |  |  |  |
| * + Soluk alma, öksürme ve yatak içinde dönme egzersizleri öğretildi
 |  |  | Aç olup olmadığının kontrol edilmesi |  |  |
| * + İnsizyon ve pansuman yeri anlatıldı
 |  |  | Mesanenin boşaltılması |  |  |
| * + Drenler hakkında bilgi verildi
 |  |  | AMELİYAT YATAĞI HAZIRLANMASI |  |  |
| * + Foley sonda NG sonda hakkında bilgi verildi
 |  |  | Hastanın yatak takımlarının kontrol edilmesi, odanın havalandırılması |  |  |
| * + Ameliyathane ve yoğun bakım ortamı hakkında bilgi verildi
 |  |  | Ameliyat bölgesine uygun ara çarşafın hazırlanması |  |  |
| * + Ameliyat sonrası ağrı/ayağa kaldırma/beslenme hakkında bilgi verildi
 |  |  | Acil arabası/tepsisi O2 manometresi ve kanülün kontrol edilmesi |  |  |
| Cerrahi izin belgesinin / rıza formunun kontrol edilmesi |  |  | İdrar askısı, şişesi, sürgü, ördek, mayi askısı ve böbrek küvetin temini |  |  |
| Ameliyat bölgesinin tıraş edilmesi |  |  | **AMELİYAT SONRASI (ERKEN DÖNEM)** |  |  |
| Tam kan sayımı - Biyokimya tetkikleri - Akciğer grafisi- İdrar tetkikleri |  |  | *Ameliyatın özelliğine ve kateterine uygun şekilde yatağına alınması* |  |  |
| Kan bankası ile kanların hazırlığı hakkında görüşme |  |  | *Solunum yollarının açıklığının sağlanması* |  |  |
| Kan cross kartı kontrolü |  |  | *Durumuna uygun pozisyon verilmesi* |  |  |  |
| Anestezi konsültasyonu |  |  | *Damar yolunun ve Yaşam bulgularının takip edilmesi**saatte bir alınarak hemşire* |  |  |
| Hekim istemine göre sedatif  |  |  | *Hastanın giydirilmesi ve ısıtılması* |  |  |
| Hastanın yeterli süre aç bırakılması |  |  | *Kateterlerinin kontrol edilerek seviyelerinin not edilmesi* |  |  |
| Makyaj ve ojenin temizlenmesi /Şu anda menstruasyon var mı? |  |  | *Bilinç durumunun kontrol edilmesi(ameliyatı, durumu, nerede olduğu) hakkında bilgi verilmesi* |  |  |
| Normal banyo/Povidon iyot ile banyo |  |  | ***AMELİYAT SONRASI GEÇ DÖNEM*** |  |  |
| Protez, takı ve değerli eşyaların “Hasta Eşyaları Teslim Formu” ile teslimi |  |  | *Mobilizasyon sağlanması* |  |  |
| Hekim istemine göre boşaltıcı lavman |  |  | *Kanama kontrolü ve tromboemboli izlemi* |  |  |
|  |  |  | *İsteme ve hastaya uygun beslenmenin sağlanması* |  |  |

|  |
| --- |
| **AMELİYATHANE TESLİM KRİTERLERİ VE ONAYLAR** (Bu bölüm servis hemşiresi ve ameliyathaneye hastayı kabul eden preop hemşire / anestezi teknisyeni tarafından doldurulacaktır). |
| □ Takma diş, oje, protez, takı vb. çıkarılması, □ Ameliyat gömleği ve bone giydirilmesi |
| □ Hastaya ait **KİMLİK BİLGİLER**inin kontrol edilmesi □ Hekim istemine göre **premedikasyon/İlaç** yapılması |
| □ Tüm çamaşırların çıkarıldığından emin olunması ve **MAHREMİYET’**e özen gösterilmesi |
| □ Hasta dosyasının, varsa filmlerin, ilaçların, malzemenin teslim edilmesi |
| □ Hastanın güvenli olarak sandalyeye veya sedyeye alınması ve kenarlıkların kaldırılması |
| **Tarih:......./......../201.......** **ÜNİTE/SERVİS HEMŞİRESİ AMELİYATHANE HEMŞ./ANESTEZİ** **AD SOYAD İmza AD SOYAD İmza**  |