

Hastanın Adı Soyadı:	Yapılacak Ameliyat:	Ameliyat Tarihi/Saati:	iv. AMELİYATTAN ÇIKMADAN ÖNCE
<p><b>i. KLİNİKTEN AYRILMADAN ÖNCE</b></p> <p><b>1.Hastanın ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Kimlik bilgileri <input type="checkbox"/> Ameliyatı Doğrulandı.</p> <p>2- Hastanın rızası kontrol edildi mi? <input type="checkbox"/> Evet</p> <p>3-Hasta aç mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır.....</p> <p>4- Hastada makyaj/oje,protez,değerli eşya var mı? <input type="checkbox"/> Evet..... <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>5- Hastanın kıyafetleri tümüyle çıkarılıp ameliyat önlüğü ve bonesi giydirildi mi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır.....</p> <p>6- Ameliyat için gerek olacak özel malzeme,implant,kan veya kan ürünleri hazırlığı teyit edildi mi? <input type="checkbox"/> Evet</p> <p>7- Hastanın gerekli laboratuvar ve radyoloji tetkikleri mevcut mu? <input type="checkbox"/> Evet</p>	<p><b>ii. ANESTEZİ VERİLMEYEN ÖNCE</b></p> <p>8- Hastanın kendisinden <input type="checkbox"/> Kimlik bilgileri <input type="checkbox"/> Ameliyatı <input type="checkbox"/> Hastanın ameliyatı ile ilgili rızası doğruladı.</p> <p>9- Anestezi Güvenlik Kontrol listesi tamamlandı mı? <input type="checkbox"/> Evet</p> <p>10- Pulse oksimetre hasta üzerinde ve çalışıyor mu? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hastanın Risk Değerlendirm</p> <p>14-Hastanın bilinen bir alerjisi var mı? <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var</p> <p>15- Gerekli görüntüleme cihazları var mı? <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var</p> <p>16- Hastada 500 ml ya da daha fazla kan kaybı riski var mı? <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var,uygun damar yolu erişimi ve sıvı planlandı.</p>	<p><b>iii. AMELİYAT KESİSİNDEN ÖNCE</b></p> <p>15- Ekipteki kişiler kendilerini ad,soyad ve görevleri ile tanıttı mı? <input type="checkbox"/> Evet</p> <p>16- Ekipten bir kişi sesli olarak hastanın kimliğini,yapılan ameliyatı,ameliyat bölgesini teyit etti mi? <input type="checkbox"/> Evet</p> <p>17- Kritik olaylar gözden geçirildi mi? <input type="checkbox"/> Tahmini ameliyat süresi <input type="checkbox"/> Beklenen kan kaybı <input type="checkbox"/> Ameliyat sırasında gerçekleşebilecek beklenmedik olaylar <input type="checkbox"/> Olası anestezi riskleri <input type="checkbox"/> Hastanın pozisyonu</p> <p>18- Profilaktik antibiyotik sorgulandı mı? <input type="checkbox"/> Kesiden önceki son 60 dakika içerisinde uygulandı <input type="checkbox"/> Kullanılmaz</p> <p>19- Kullanılacak malzemeler hazır mı? <input type="checkbox"/> Evet</p> <p>20- Malzemelerin Sterilizasyonu uygun mu? <input type="checkbox"/> Evet</p> <p>21- Kan şekeri kontrolü gerekli mi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır.....</p> <p>22- Antikoagülasyon kullanımı var mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır.....</p> <p>23- Cderin Ven Trombozu profilaksisi gerekli mi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır.....</p>	<p><b>iv. AMELİYATTAN ÇIKMADAN ÖNCE</b></p> <p>17- Alet,spanç/kompres ve iğne sayımları yapıldı mı? <input type="checkbox"/> Evet/Tam <input type="checkbox"/> Hayır.....</p> <p>18- Hastadan alınan numune etiketinde <input type="checkbox"/> Hastanın adı doğru yazılı <input type="checkbox"/> Numunenin alındığı bölge yazılı</p> <p>19- Ameliyat sonrası kritik gereksinimler gözden geçirildi mi? <input type="checkbox"/> Anestezistin önerileri:</p> <p><input type="checkbox"/> Cerrahin önerileri:</p>
<p><u>Liste Sorumlusu:</u> Ad-Soyad, imza</p>	<p><u>Liste Sorumlusu:</u> Ad-Soyad, imza</p>	<p><u>Liste Sorumlusu:</u> Ad-Soyad, imza</p>	<p><u>Liste Sorumlusu:</u> Ad-Soyad, imza</p>



SELÇUK  
ÜNİVERSİTESİ

Kodu  
AH.LS.52

# GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ

Yayın tarihi  
10.03.2021

Revizyon No  
02

Revizyon tarihi  
06.08.2024



Sayfa No / Sayfa Sayısı  
2/1

**HAZIRLAYAN**

**KONTROL EDEN**  
Kal. Yön. Direkt.

**ONAYLAYAN**  
Dekan