



Özel EKOL HASTANESİ

GÜVENLİ CERRAHİ UYGULAMA PROSEDÜRÜ



<i>Doküman No</i> HB.PR.05	<i>Yayın Tarihi</i> 04.07.2013	<i>Revizyon No</i> 04	<i>Revizyon Tarihi</i> 06.08.2024	<i>Sayfa No</i> 1 / 8
--------------------------------------	--	---------------------------------	---	---------------------------------

1. AMAÇ

Bu prosedürün amacı; Hasta güvenliği programı dahilinde yer alan yanlış alan, yanlış işlem, yanlış hasta cerrahisinin önlenmesi ve ortadan kaldırılması için; hastaya zarar verebilecek tüm operatif veya invaziv durumlarda uygulanabilir veya adapte edilebilir güvenli takip yöntemlerini tanımlamak, Cerrahi işlemlerin hasta güvenliği çözümlerine uygunluğunu sağlamak.

2. KAPSAM

Bu prosedür, Hastanemiz ameliyathanesinde yanlış alan, yanlış işlem, yanlış hasta cerrahisinin önlenmesi ve ortadan kaldırılması için; hastaya zarar verebilecek tüm operatif veya invaziv durumlarda uygulanabilir ve güvenli takip yöntemlerinin uygulanması konusunda tüm ameliyathane çalışanlarını kapsar.

3. TANIMLAR

Yanlış seviye/bölüm cerrahisi: Doğru alana, fakat yanlış seviye veya bölüme yapılan cerrahi işlemlerdir. Örneğin Tanımlanan patoloji ile intervertebral seviyeye bitişik intervertebral seviyeye lomber laminektomi yapılması. Bu tip bir hatada, vücudun doğru tarafı hazırlanır, fakat cerrahi işlem hastanın anatomisinde yanlış seviyeye uygulanır.

Yanlış hasta cerrahisi: Hastanın yanlış tanımlanmasıdır. Bu tip hatalar yanlış hastaya yapılan işlemleri içerir.

Yanlış taraf cerrahisi: Ekstremiteler veya çoklu organlara (parmaklar, el, kol, ayak vb) yapılan yanlış cerrahi işlemleri içerir.

Yanlış alan cerrahisi: Vücudun yanlış alanına yapılan tüm cerrahi işlemleri kapsayan geniş bir tanımdır.

4. SORUMLULUKLAR

4.1. Onay ve Yürürlük

Bu prosedür, Başhekim veya Yönetim Kurulu onayından sonra yürürlüğe girer.

4.2. Prosedürün Kullanıcıları

Bu prosedürün yürütülmesinden tüm Hastanemiz doktorları, hemşire ve anestezi teknisyenleri sorumludur.

5. PROSEDÜR

Tıbbi hataların dağılımına bakıldığında zaman; tıbbi hataların %50'si cerrahiden kaynaklanan hatalar, cerrahiden kaynaklanan hataların da yarısı yani toplamın %25'i önlenemez hatalardan meydana gelmektedir.

Önlenemez Cerrahi Komplikasyonlar Nelerdir?

»» Cerrahi bakımın zamanından önce kesilmesi

»» Anesteziye bağlı komplikasyonlar



Özel EKOL HASTANESİ

GÜVENLİ CERRAHİ UYGULAMA PROSEDÜRÜ



<i>Doküman No</i> HB.PR.05	<i>Yayın Tarihi</i> 04.07.2013	<i>Revizyon No</i> 04	<i>Revizyon Tarihi</i> 06.08.2024	<i>Sayfa No</i> 2 / 8
--------------------------------------	--	---------------------------------	---	---------------------------------

- »» Cerrahi sterilizasyon yetersizliği
- »» Kontamine maddelere bağlı komplikasyonlar
- »» Cerrahide, vücutta yabancı cisim kalması
- »» Cerrahi doz yetersizliği
- »» Tüp veya alet yerleştirilmesi sırasında dikkatsizlik
- »» Sütür yetersizliği

7.1. YANIŞ ALAN, YANLIŞ BÖLÜM, YANLIŞ HASTA, YANLIŞ TARAF CERRAHİSİNİN ÖNLENMESİ İÇİN ALINACAK TEDBİRLER;

7.1.1.FAALİYET AŞAMALARI:

- A.Operasyon öncesi doğrulama süreci
- B.Cerrahi tarafın işaretlenmesi
- C.Son doğrulama işlemlerinin yerine getirilmesi

7.1.2.OPERASYON ÖNCESİ DOĞRULAMA SÜRECİ

Doğrulama, doğru insan, doğru prosedür ve doğru tarafı içermelidir.Hastanın sorumlu doktoru tarafından yapılmalıdır.

- ✓ Cerrahi uygulama/prosedür planlanmalıdır.
- ✓ Planlanan cerrahi süreç ve prosedür durumunda doğrulama sürecine gidilmelidir.
- ✓ Ameliyathane mekânına giriş veya kabul zamanında olmalıdır.
- ✓ Bir sağlık çalışanından diğerine hastanın sorumluluğunun nakli sırasında hasta bilgileri karşılıklı doğrulanarak eksiksiz bir şekilde aktarılmalıdır.
- ✓ Eğer mümkünse hastanın (uyanık ve bilinçli ise) katılımı sağlanmalıdır.

Doğrulama süreci hastanın bilekliği üzerinden de yapılmalıdır. Hastanın ad soyadı, doğum tarihi ve protokol numarasının doğrulaması yapılmalıdır.

Operasyon öncesi doğrulamada kontrol listesi, izlemenin incelenmesini ve elde edilebilirliğini sağlamaktadır. Cerrahi işlem öncesi Ameliyat Hazırlık Formu üzerinden kontrol yapılmalıdır: Ayrıca prosedür başlamadan önce şu dokümanlar incelenmelidir.

- İlgili dokümanlar (örneğin onam formları, anamnez, laboratuvar tetkikleri)
- Özellikle ameliyat edilecek bölgeye ilişkin radyolojik tetkikler
- Herhangi bir özel ekipman ve implantlar

7.1.3.CERRAHİ TARAFIN CERRAH TARAFINDAN İŞARETLENMESİ

- İşaret kesik bölgesinde veya yakınında olmalıdır. Diğer bakım süreçleri için gerekmedikçe opere edilmeyecek bölgeler işaretlenmemelidir.



Özel EKOL HASTANESİ

GÜVENLİ CERRAHİ UYGULAMA PROSEDÜRÜ



<i>Doküman No</i> HB.PR.05	<i>Yayın Tarihi</i> 04.07.2013	<i>Revizyon No</i> 04	<i>Revizyon Tarihi</i> 06.08.2024	<i>Sayfa No</i> 3 / 8
--------------------------------------	--	---------------------------------	---	---------------------------------

- İşaret belirsiz ve silik olmamalıdır (örneğin ismin baş harfleri veya insizyonu temsil edecek bir çizgi olabilir).
- Hastanenin tüm birimlerinde işaretleme metodu ve tipi sabit olmalıdır.
- Taraf işaretleme eğer mümkünse hastanın uyanık ve bilinçli olduğu zaman diliminde yapılmalıdır.
- Prosedür taraf işaretlemeyi reddetme durumlarını tanımlamalıdır.
- Taraf işaretlemenin doğrulamasında, son doğrulama(time-out) yapılmalıdır.
- En azından çoklu yatay yapılar (el ve ayak parmakları ve lezyonlar) veya çoklu düzeyler (lomber, torakal ve servikal omurlar işaretlenmelidir. Buna ek olarak, genel spinal bölgenin operasyon öncesi deri işaretlemelerinde radyografik teknikler vertebral düzeylerin kati işaretlemesinde kullanılabilir.
- Yapışkan taraf işaretleyicileri kullanılmamalıdır. Deri hazırlığı tamamlandıktan sonra bile görülebilir kalacak yeterlilikte bir taraf işaretleyici kullanılmalıdır.
- Göz tarafı işaretlemesi için kaşın üzeri kullanılabilir.
- Taraf işaretlemede kişi bir yöntem belirlemelidir.
- **Hastanemizin taraf işaretleme yöntemi şu şekildedir:**

Operasyonu gerçekleştirecek cerrah veya onların yetkilendirdiği ikinci uzman doktor tarafından yapılır. Hastanın cerrahi operasyon bölge yönü ←, ↑, → veya ↓ işaretleri ile belirlenir ve operasyon noktası ‘X’ ile işaretlenir.

7.1.4.TARAF İŞARETLEMEDE İSTİSNALAR

- Müdahaleler sırasında, kateter ve ekipmanların takılmasında
- Cerrahi prosedürün tasarlandığı açık yara ve lezyonlarda
- Acil müdahalelerde
- Prematüre bebeklerle ilgili müdahalelerde (işaretleme kalıcı iz bırakabilir.)

7.1.5. OPERASYON ÖNCESİ SON DOĞRULAMA (AMELİYAT MASASINDA YATAN AMA HENÜZ AMELİYAT EDİLMEYEN HASTA İÇİN)

Henüz ameliyat edilmemiş ancak ameliyat masasında yatar halde olan hasta için yapılması gereken son doğrulama sürecine (Time-out); ameliyathane ekibi, aktif iletişim ve son sürece ait kontrol listeleri dâhil olmaktadır. Süreçte bulunması gerekenler ise şunlardır:

- Hasta kimliğinin doğrulanması
- Doğru taraf ve doğru bölge
- Yapılacak prosedürde anlaşma
- Hasta pozisyonunun doğrulanması
- Özel ihtiyaçlar için gerekli olan özel ekip ve implantların bulunabilirliği



Özel EKOL HASTANESİ

GÜVENLİ CERRAHİ UYGULAMA PROSEDÜRÜ



<i>Doküman No</i> HB.PR.05	<i>Yayın Tarihi</i> 04.07.2013	<i>Revizyon No</i> 04	<i>Revizyon Tarihi</i> 06.08.2024	<i>Sayfa No</i> 4 / 8
--------------------------------------	--	---------------------------------	---	---------------------------------

Son Kontrol sürecinde, hastanenin proses ve süreçlerinde farklı çalışma gruplarının etkileri en aza indirgenmeli ve bu uygulamada bir uzlaşma sağlanmalıdır.

7.2.Hasta Yatış

7.2.1. Ameliyat kararı verildikten sonra yatış işlemleri yapılır.

7.2.2. Hasta için gerekli olan tahliller ve istenilmesi gereken konsültasyonlar istenir.

7.2.3. Rıza Belgesi doldurulur ve Hasta Yatış Dosyası ile birlikte hastanın yatışı yapılır. **Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi**'ne göre hasta hazırlanır.

7.2.4. Operasyon Öncesi Tanılama (Servis)

7.2.5.Servis hemşiresi tarafından Hasta Yatış Dosyasından bilgiler hastaya veya yakınına sorulup teyit edilerek barkotlu etikete dökülür ve kimlik bilekliği yine bu bilgilere göre düzenlenerek hastanın koluna takılır.

7.2.7.Hasta tanılama sırasında eksiklik, yanlışlık tespit edilirse hasta kabul bölümü ile irtibata geçilerek doğru tanılama kontrolü ve düzeltilmesi yapılır.

7.2.7.Cerrahi girişim için ilgili servis hemşireleri tarafından gerekli hazırlıklar yapılır.(Değerli eşyaların çıkarılması, protezler, traş, önlük, sonda vb)

7.2.8. Organ, bölge, taraf ve işlem net olarak hekim ve hemşire tarafından belirtilir. **Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi**'nin "Klinikten Ayrılmadan Önce" bölümü kontrol edilmelidir..

7.2.9 Transferden önce ise; **Cerrahi Bölge Tespit Ve Preoperatif Hasta Hazırlığı Formu**'nun kontrol edilir güvenli cerrahi kontrol listesi ile hastanın teslimi sağlanır.

Her aşamada hastanın kimliği-bileklik-hasta dosyası-hasta/hasta yakını beyanı ile kontrol edilir.

7.3. Hastanın Ameliyathaneye Transferi

7.3.1.Hazırlığı tamamlanan hastanın servis hemşiresi tarafından transferi prosedürlere uygun olarak imza karşılığı yapılır.

7.3.2.Ameliyathane hasta girişinde hasta dosyası ile hasta servis hemşiresi tarafından ameliyathane hemşiresi ve anestezi teknisyenine teslim edilir.

7.3.3. Ameliyathane hemşiresi tarafından hasta eğer uyanık ise hastaya sorularak kimlik bilekliği ve dosyasından kontrol edilerek, kimlik, organ, bölge ve taraf doğrulaması yapılır.

7.3.4.İşaretleme uygulanmayacak bir operasyon gerçekleştirilecek cerrahi güvenlik koordinatörü tarafından **Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi**'nde işaretleme yapılmayacağı belirtilir.

7.3.5. İşleme özel Rıza formu kontrol edilir.

7.3.6. Hastanın sorgulanması ve teslimi esnasında uygunsuzluk tespit edilir ise yeniden değerlendirmeler yapılır ve hastanın tanılması ve değerlendirmesi yenilenir.

7.3.7. Ameliyat sırasında kontrol aşamalarının atlanmaması ve başarılı şekilde organize edilmesi için bir cerrahi güvenlik koordinatörü belirlenir. Cerrahi güvenlik koordinatörü çoğunlukla söz konusu iş çevriminde herhangi bir hemşire / anestezi teknisyeni olacaktır ancak ameliyata katılan herhangi bir sağlık görevlisi de olabilir.

7.3.8. Ameliyathaneye kabulü ve tanılması yapılan hastanın **Güvenli Cerrahi kontrol Listesi**'ne doğrultusunda cerrahi güvenlik koordinatörü tarafından doğrulama işlemleri başlatılır.



Özel EKOL HASTANESİ

GÜVENLİ CERRAHİ UYGULAMA PROSEDÜRÜ



<i>Doküman No</i> HB.PR.05	<i>Yayın Tarihi</i> 04.07.2013	<i>Revizyon No</i> 04	<i>Revizyon Tarihi</i> 06.08.2024	<i>Sayfa No</i> 5 / 8
--------------------------------------	--	---------------------------------	---	---------------------------------

7.4. Cerrahi güvenlik kontrolü dört aşamalı olarak gerçekleştirilir:

7.4.1. Giriş Kontrolü / Anestezi Verilmeden Önce Yerine Getirilmesi Gerekenler (1. Aşama)

7.4.1.1. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi'nde kontroller;

Klinikten ayrılmadan önce,

Anestezi verilmeden önce,

Ameliyat kesisinden önce,

Ameliyattan çıkmadan önce , **Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi'**ne göre hasta kontrol edilerek listenin sorumlusu tarafından imzalanır.

I. Klinikten Ayrılmadan Önceki Basamak: Kontrolünü en az bir sağlık personeli yapmalıdır.

II. Anestezi Verilmeden Önceki Basamak: Bu bölümün kontrolünü en az bir anestezi görevlisi ve sağlık personeli yapmalıdır. Kontrol listesi sorumlusu, anestezi hazırlıklarının akışına bağlı olarak bu bölümü bir seferde ya da sıralı olarak doldurabilir.

III. Ameliyat Kesisinden Önceki Basamak:Cilt veya ameliyat kesisinin hemen öncesinde, ekip tarafından temel güvenlik kontrollerinin yapıldığı ve ekipteki herkesin katıldığı dakikalık bir duraklamadır.

IV. Ameliyattan Çıkmadan Önceki Basamak:Bu bölümün amacı; önemli bilgilerin hastanın ameliyat sonrası bakımından sorumlu olan ekiplere aktarılmasını kolaylaştırmaktır.

Hasta ameliyathaneye gelmeden, ameliyathanede ve ameliyathaneden çıkarken her üç dönemde de Hastanın;

✓ Doğru Hasta

✓ Doğru Uygulama

✓ Doğru Taraf olduğunun mutlaka teyit edilmesi gerekmektedir.

7.4.1.2.Birinci Cerrahi güvenlik kontrolü ve değerlendirilmesi;

Servis hemşiresi tarafından Klinikten ayrılmadan önce_ bölümü yapılarak, **Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi'**ne hasta/yakınına isim sorularak, dosyasından ve kimlik bilekliğinden kontrol edilerek sorgulanması ve doğrulamaların kaydedilmesi ile başlatılır.

7.4.1.3. Cerrahi güvenlik sorumlusu tarafından; hasta ile birlikte sözlü olarak hastanın kimliğini, organ, bölge, taraf ve işaret kontrolü, planlanan girişim türü, Rıza Belgesi kontrolleri,hastanın aç olup olmadığı,traşı,protezi, makyajı, ameliyat önlüğü, bonesi,a meliyat öncesi yapılması gereken özel işlemler(lavman vs.) , ameliyat öncesi hazırlanması gereken ürünler(kan,implant vs), Hastanın tekik sonuçları(laboratuvar ,radyoloji vs) yapılır.

7.4.1.4. Giriş Kontrolü, işleme devam etmenin güvenliğini teyit etmek için anestezi verilmeden önce tamamlanır. Giriş Kontrolü için bir ameliyathane hemşiresinin orada olması gerekir.

7.4.2.İkinci Cerrahi güvenlik kontrolü ;

7.4.2.1. Anestezi teknisyeni yada Anestezi uzmanı tarafından Anestezi verilmeden önce, bölümü yapılır.Anestezi teknisyeni tarafından hastanın bilekliği ile kimlik doğrulama yapılır.



Özel EKOL HASTANESİ

GÜVENLİ CERRAHİ UYGULAMA PROSEDÜRÜ



<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HB.PR.05</i>	<i>04.07.2013</i>	<i>04</i>	<i>06.08.2024</i>	<i>6 / 8</i>

7.4.2.2. Anestezi hekimi tarafından hastanın tetkik sonuçları ve fizik muayene bulgularının değerlendirilmesi yapılır.

7.4.2.3. Anestezi güvenlik kontrolü (her bir vakadan önce anestezi ekipmanı, ilaçları ve hastanın anestezi riskinin incelenmesi) yapılır. Tüm bu kontroller **Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi**'ne anestezi hekimi tarafından kaydedilir, cerrahi güvenlik koordinatörü tarafından doğrulamaların yapıldığı kontrol edilir .

7.4.2.4. Cerrahi güvenlik koordinatörü tarafından anestezi verilmeden önce hasta üzerine bir nabız oksimetresi yerleştirildiği ve bunun düzgün işler durumda olduğu teyit edilir.

7.4.2.5. Hastaya ait risk faktörleri değerlendirilir. Gerekli görüntüleme cihazlarının olup olmadığı kontrolü yapılır.

7.4.2.6. Hastanın bilinen bir alerjisi olup olmadığı sorgulanır ve varsa ne olduğu **Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi**'ne kaydedilir.

7.4.2.7. Hastanın zor entübasyon / aspirasyon riskinin olup olmadığı sorgulanır.

7.4.2.8. Hastanın >500 ml ya da daha fazla kan kaybı (çocuklarda 7 ml/kg) riskinin olup olmadığı sorgulanır. Cerrahlar kan kaybı riskini anestezi veya hemşirelik personeline her zaman iletmeyebilirler. Bu yüzden eğer anestezi görevlisi o vaka için majör kan kaybı riskinin ne olduğunu bilmiyorsa, anestezi vermeden önce mola alarak cerrahla bu riski konuşur. Bariz biçimde 500 ml'den fazla kan kaybı riski varsa, gerekli tedbirler alınır.

7.4.3. Üçüncü Cerrahi güvenlik kontrolü ;

7.4.3.1. Cerrah tarafından Ameliyat kesisinden önce, bölümü yapılır.

7.4.3.2. Cerrahi ekip; cerrah, anestezi doktoru, ameliyathane hemşiresi, anestezi teknisyeni tarafından mola (time out) verilir.

7.4.3.3. Ekipdeki kişiler kendilerini görevleri ile beraber tanıtır.

7.4.3.4. Hastanın ; kimlik ,ameliyat ve bölge doğrulaması sesli olarak yapılır. Eğer lokal anestezi yapılıyorsa ve hastanın bilinci açık ise hasta ile tanışılır. Hastanın adı, işlemi, tarafı ve çoklu organlardan hangisi olduğu söylenmesi istenir. Bilekliği ve dosyasından karşılaştırması yapılır.

7.4.3.5. Kritik olaylar gözden geçirilir.(ameliyat süresi, kan kaybı olasılığı, operasyonda gelişebilecek beklenmedik olaylar, Anestezi riskleri, hastanın pozisyonu vs.)

7.4.3.6. Profilaktik antibiyotik yapılıp yapılmadığı ve ne zaman yapıldığı sorgulanır.

7.4.3.7. Cerrahi enfeksiyon riskini azaltmak için, cerrahi güvenlik koordinatörü son 70 dakika içinde profilaktik antibiyotik verilip verilmediğini yüksek sesle sorar. Antibiyotik vermekle görevli ekip üyesi (genellikle de anestezi uzmanı) sözlü olarak teyit verir. Eğer antibiyotik profilaksisi henüz verilmemişse, insizyon öncesi hemen verilmelidir. Eğer antibiyotik profilaksisi 70 dakikadan da önce yapılmışsa, ekip hastaya doz tekrarı yapmalıdır; eğer ek doz verilmez ise kutucuk bos bırakılmalıdır. Profilaktik antibiyotiklerin verilmesi uygun görülmemişse (cilt kesisi yapılmayan olgular, antibiyotiklerin tedavi için



Özel EKOL HASTANESİ

GÜVENLİ CERRAHİ UYGULAMA PROSEDÜRÜ



<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HB.PR.05</i>	<i>04.07.2013</i>	<i>04</i>	<i>06.08.2024</i>	<i>7 / 8</i>

verildiği kontamine olgular gibi), ekip bunu sözel olarak teyit ettiği takdirde “uygulanamaz” kutucuğu işaretlenebilir.

7.4.3.8. Kullanılacak malzeme sorgulanır.

7.4.3.9. Malzemenin sterilizasyon durumu sorgulanır.

7.4.3.10. Hastanın Kan şekeri kontrolü ve takibinin gerekliliği sorgulanır.

7.4.3.11. Hastanın antikoagulan kullanımı olup olmadığı sorgulanır.

7.4.3.12. Derin ven Trombozu profilaksisinin gerekliliği sorgulanır.

7.4.3.13. Cerrah tarafından hastanın tetkik sonuçları değerlendirilir ve fizik muayenesi yapılır.

7.4.3.14. Cerrahi güvenlik koordinatörü tarafından sağ-sol ayrımı gibi taraf söz konusu olan vakalarda veya çoklu yapı veya seviye olan (örn.belli bir parmak,deri lezyonu, vertebra) vakalarda ameliyatı yapan cerrahın ameliyat alanını işaretlediği teyit edilir, orta hattaki yapılarda (örneğin tiroid) Ya da tek organlarda(örneğin dalak) işaretleme için yerel uygulamalar izlenir. İşaretleme uygulanamayacak bir operasyon gerçekleştirilecekse cerrahi güvenlik koordinatörü **Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi**'ne işaretleme yapılmayacağını belirtir.

7.4.3.15. Cerrahin doğrulaması esnasında uygunsuzluk tespit edilirse hastanın primer değerlendirilmesi yenilerek işlem tekrarlanır. İşlem için gerekli olabilecek konsinye malzemenin ve implantın tedarik edildiği ve doğruluğu kontrol edilir.

7.4.3.16. Anestezi teknisyeni yada uzmanı tarafından **Anestezi Güvenlik Kontrol Listesi** her hasta için ayrı ayrı düzenlenir,doğrulama ve kontroller yapılır.

7.4.4. Dördüncü Cerrahi güvenlik kontrolü ;

7.4.4.1. Anestezi teknisyeni yada Ameliyathane hemşiresi tarafından Ameliyattan çıkmadan önce, bölümü yapılır.

7.4.4.2. Gerçekleştirilen Ameliyat sözlü olarak doğrulanır.

7.4.4.3. Ameliyatta kullanılan Alet, spanç/kompres ve iğne sayımları doğrulanır. Açık bir kavite olması durumunda alet sayımlarının tam olduğu teyit edilir ve kaydedilir. Sayımlarda uygun bir şekilde mutabık kalınmaması halinde, uygun adımların atılabilmesi için (kumaş kıvrımlarının, çöpün ve yaranın ve ihtiyaç halinde radyografik görüntülerin gözden geçirilmesi) ekip alarma geçirilir.

7.4.4.4. Hastadan alınan numune etiketinde,hastanın kimliği ve numunenin alındığı bölge yazılır. Patolojik numunelerin tanımı ve bütün ayırt edici işaretler yüksek sesle okunarak, girişim süresince alınan bütün patolojik numunelerin doğru bir şekilde etiketlenmiş olduğu teyit edilir.

7.4.4.5. Ameliyat sonrası kritik gereksinimler gözden geçirilir.

7.4.4.6. Anestezi ve Cerrahin önerileri sorulur. Anlaşmazlıklar varsa çözümlenir.

7.4.4.7. Hastanın ameliyat sonrası gideceği bölüm doğrulanır.

7.4.4.8. Gerçekleştirilen girişim teyit edilir.



Özel EKOL HASTANESİ
GÜVENLİ CERRAHİ UYGULAMA
PROSEDÜRÜ



<i>Doküman No</i> HB.PR.05	<i>Yayın Tarihi</i> 04.07.2013	<i>Revizyon No</i> 04	<i>Revizyon Tarihi</i> 06.08.2024	<i>Sayfa No</i> 8 / 8
--------------------------------------	--	---------------------------------	---	---------------------------------

7.4.4.9. Ekipmanlarda hata kaynaklarının ve arızalanan aletlerin ya da ekipmanların doğru bir şekilde tanımlanması, sorunla ilgilenilmeden bu aletlerin ameliyathaneye tekrar geri dönmesini engellemek için koordinatör, bir vaka sırasında ortaya çıkan ekipman hatalarının ekip tarafından tanımlanmasını sağlar.

7.4.4.10. Cerrah, anestezi görevlisi ve hemşire, özellikle hastayı etkileyebilecek ameliyat içi ya da anestezi konularına odaklanarak, ameliyat sonrası iyileşme ve yönetme planını gözden geçirir.

7.5. Yanlış Alan Cerrahisi Gelişmesi Durumunda

7.5.1. Yanlış bölge / taraf yada yanlış hasta cerrahisi gerçekleştiği durumlarda cerrahi ekip tarafından



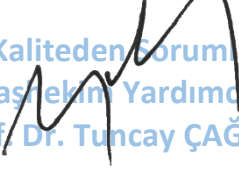
Güvenlik Raporlama Olay Bildirim Formu doldurulur.

7.5.2. Doldurulan form Kalite Yönetim Temsilcisi'ne iletilir.

7.5.3. Hasta ile ilgili tüm detaylar, yapılacaklar ve araştırma Kalite ve Başhekimlik tarafından yürütülür.

7.5.4. Dikkat Edilecek Noktalar;

- Yanlış alan, yanlış işlem, yanlış hasta cerrahisi önlenmesi için tüm çalışanlar ekip olarak etkin iletişim kurallarına dikkat ederek hareket ederler.
- Hasta (veya yasal temsilcisi) de bu sürece dahil edilir.
- Alan işaretlemesi; sağ/sol ayrımı, çoklu yapılar (el ve ayak parmakları), veya seviyelerin (omurga) söz konusu olduğu vakalarda zorunludur.
- Cerrah/hemşire işaretli bölge/ tarafı yıkamaz veya örtmez.

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
 Kalite Direktörü Süde BAĞIR	 Tedavi ve Sağlık Hizmetleri Müdürü Yeşim İNÇİ	 Kaliteden Sorumlu Başhekim Yardımcısı Prof. Dr. Tuncay ÇAĞLAR