



Özel EKOL HASTANESİ

GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ



HASTANIN ADI SOYADI :

AMELİYAT / BÖLGESİ :

AMELİYAT TARİHİ :

I. KLİNİKTEN AYRILMADAN ÖNCE

- Hastanın;**
 - Kimlik bilgileri
 - Ameliyatı
 - Ameliyat bölgesi doğrulandı.
- Hasta ameliyata yönelik rızasını teyit etti mi?**
 - Evet
- Hasta aç mı?**
 - Evet Hayır.....
- Ameliyat bölgesi traşi yapıldı mı?**
 - Evet Hayır
 - Gerekli Değil.....
- Hastada makyaj/oje, protez, değerli eşya var mı?**
 - Evet Hayır.....
- Hastanın kıyafetleri tümüyle çıkarılıp ameliyat önlüğü ve bonesi giydirildi mi?**
 - Evet Hayır.....
- Ameliyat öncesi gerekli olacak özel işlem var mı?**
 - Lavman Mesane Katerizasyonu
 - Varis Çorabı Özel Tedavi Protokolü
 - Diğer Hayır
- Ameliyat için gerekli olacak özel malzeme, implant, kan veya kan ürünü hazırlığı teyit edildi mi?**
 - Evet Hayır.....
- Hastanın gerekli laboratuvar ve radyoloji tetkikleri mevcut mu?**
 - Evet

Vital Bulgular:

Tansiyon : Nabız: Solunum :
Kan Şekeri : Ateş :

Liste Sorumlusu (Klinik Hemş.):

(İsim, unvan, imza)

II. ANESTEZİ VERİLMEDEN ÖNCE

- Hastanın kendisinden;**
 - Kimlik bilgileri
 - Ameliyatı
 - Ameliyat bölgesi
 - Ameliyatı ile ilgili rızası doğrulandı mı?
 - Ameliyat bölgesinde işaretleme var mı?**
 - Var İşaretleme uygulanamaz
 - Anestezi Güvenlik Kontrol Listesi tamamlandı mı?**
 - Evet
 - Pulse oksimetre hasta üzerinde ve çalışıyor mu?**
 - Evet
- Hastanın Risk Değerlendirmesi*
- Hastanın bilinen bir alerjisi var mı?**
 - Yok Var
 - Gerekli görüntüleme cihazları var mı?**
 - Yok Var Gerekli değil
 - Hastada kan kaybı riski var mı?**
 - Yok
 - Var; uygun damar yolu erişimi ve sıvı planlandı.

Liste Sorumlusu:

(İsim, unvan, imza)

III. AMELİYAT KESİSİNDEN ÖNCE

- Ekipteki kişiler kendilerini ad, soyad ve görevleri ile tanıttı mı?**
 - Evet
- Ekipten bir kişi sesli olarak hastanın kimliğini, yapılan ameliyatı, ameliyat bölgesini teyit etti mi?**
 - Evet
- Kritik olaylar gözden geçirildi mi?**
 - Tahmini ameliyat süresi
 - Beklenen kan kaybı
 - Ameliyat sırasında gerçekleşebilecek beklenmedik olaylar
 - Olası anestezi riskleri
 - Hastanın pozisyonu
- Profilaktik antibiyotik sorgulandı mı?**
 - Kesiden önceki son 60 dakika içerisinde uygulandı
 - Kullanılmaz
- Kullanılacak malzemeler hazır mı?**
 - Evet Hayır
- Malzemelerin sterilizasyonu uygun mu?**
 - Evet Hayır
- Kan şekeri kontrolü gerekli mi?**
 - Evet Hayır
- Antikoagülan kullanımı var mı?**
 - Evet Hayır
- Derin Ven Trombozu profilaksisi gerekli mi?**
 - Evet Hayır

Liste Sorumlusu:

(İsim, unvan, imza)

IV. AMELİYATTAN ÇIKMADAN ÖNCE

- Gerçekleştirilen ameliyat için sözlü olarak;**
 - Hasta,
 - Yapılan ameliyat,
 - Ameliyat bölgesi teyit edildi.
- Alet, spanç/kompres ve iğne sayımları yapıldı mı?**
 - Evet/Tam Hayır Sayım uygulanmaz
- Hastadan alınan numune etiketinde;**
 - Hastanın adı doğru yazılı
 - Numunenin alındığı bölge yazılı
- Ameliyat sonrası kritik gereksinimler gözden geçirildi mi?**
 - Anestezistin önerileri:
 - Cerrahın önerileri:
- Hastanın ameliyat sonrası gideceği bölüm teyit edildi mi?**
 - Evet

Dren: Var Yok
Sonda: Var Yok
İdrar Çıkışı: Var Yok

Vital Bulgular:

Tansiyon : Nabız: Solunum :
Kan Şekeri : Ateş :

Liste Sorumlusu (Anestezi Tekn.):

(İsim, unvan, imza)

* Her bölüm, ilgili sorumlular tarafından sesli olarak kontrol edilerek işaretleme yapılmalıdır.

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
AH.LS.01	11.01.2021	03	07.01.2025	1/1