

I. Klinikten Ayrılmadan Önce

1. Hastanın;
 Kimlik bilgileri
 Ameliyatı
 Ameliyat bölgesi doğrulandı.

2. Hasta ameliyata yönelik rızasını teyit etti mi?
 Evet

3. Hasta aç mı?
 Evet Hayır.....

4. Ameliyat bölgesi tıraşı yapıldı mı?
 Evet Hayır Gerekli değil
.....

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 için gerekli olacak özel malzeme, implant, kemik grefti vb. temin edildi mi?
 Evet Hayır.....

8. Hastanın gerekli laboratuvar ve radyoloji ve tetkikleri ile konsültasyon sonuçları mevcut mu?
 Evet

Liste Sorumlusu:
Ad-Soyad, İmza

II. Anestezi Verilmeden Önce

09. Hastanın kendisinden
 Kimlik bilgileri
 Ameliyatı
 Ameliyat bölgesi
 Ameliyatı ile ilgili rızası doğrulandı mı?

10. Ameliyat bölgesinde işaretleme var mı?
 Var İşaretlenme Uygulanamaz

	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65					
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75					

11. Anestezi Güvenlik Kontrol Listesi tamamlandı mı?
 Evet

12. Pulse oksimetre hasta üzerinde ve çalışıyor mu?
 Evet
 Hastanın Risk Değerlendirmesi

13. Hastanın bilinen bir alerjisi var mı?
 Yok Var

14. Gerekli görüntüleme cihazları var mı?
 Yok Var Gerekli Değil

15. Hastada kan kaybı riski var mı?
 Yok
 Var; uygun damar yolu erişimi, sıvı ve kanama durdurucu ajanlar temin edildi.

Liste Sorumlusu:
Ad-Soyad, İmza

III. Ameliyattan Çıkmadan Önce

16. Ekipteki kişiler kendilerini ad, soyad ve görevleri ile tanıttı mı?
 Evet

17. Ekipten bir kişi sesli olarak hastanın kimliğini, yapılan ameliyatı, ameliyat bölgesini teyit etti mi?
 Evet

18. Kritik olaylar gözden geçirildi mi?
 Tahmini ameliyat süresi
 Beklenen kan kaybı
 Ameliyat sırasında gerçekleşebilecek beklenmedik olaylar
 Olası anestezi riskleri
 Hastanın pozisyonu

19. Profilaktik antibiyotik sorgulandı mı?
 Kesiden önceki son 60 dakika içerisinde uygulandı
 Kullanılmaz

20. Kullanılacak malzemeler hazır mı?
 Evet Hayır

21. Malzemelerin sterilizasyonu uygun mu?
 Evet Hayır

22. Kan şekeri kontrolü gerekli mi?
 Evet Hayır

23. Antikoagülan kullanımı var mı?
 Evet Hayır

Liste Sorumlusu:
Ad-Soyad, İmza

IV. Ameliyattan Çıkmadan Önce

24. Gerçekleştirilen ameliyat için sözlü olarak;
 Hasta,
 Yapılan ameliyat,
 Ameliyat bölgesi, teyit edildi.

25. Alet, spanç/kompres ve iğne sayımları yapıldı mı?
 Evet/Tam Hayır Sayım Uygulanmaz

26. Hastadan alınan numune etiketinde
 Hastanın adı doğru yazılı
 Numunenin alındığı bölge yazılı

27. Ameliyat sonrası kritik gereksinimler gözden geçirildi mi?
 Anestezistin önerileri:

Cerrahın önerileri:

Liste Sorumlusu:
Ad-Soyad, İmza