



## GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ<sup>TR</sup>

Hastanın Adı Soyadı

Ameliyat /Bölgesi

Ameliyat Tarihi

### I. Klinikten Ayrılmadan Önce

- Hastanın;**
  - Kimlik bilgileri
  - Ameliyatı
  - Ameliyat bölgesi doğrulandı.
- Hasta ameliyata yönelik rızasını teyit etti mi?**
  - Evet
- Hasta aç mı?**
  - Evet  Hayır.....
- Ameliyat bölgesi tıraşı 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 özel işlem var mı?**
  - Lavman  Mesane Kateterizasyonu
  - 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

Liste Sorumlusu:  
Ad-Soyad, İmza

### II. Anestezi Verilmeden Önce

- Hastanın kendisinden**
  - Kimlik bilgileri
  - Ameliyatı
  - Ameliyat bölgesi
  - Ameliyatı ile ilgili rızası doğrulandı mı?
- Ameliyat bölgesinde işaretleme var mı?**
  - Var  İşaretlenme 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:  
Ad-Soyad, İmza

### III. Ameliyat Kesisinden 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:  
Ad-Soyad, İmza

### IV. Ameliyattan Çıkmadan 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:
  - Cerrahin önerileri:
- Hastanın ameliyat sonrası gideceği bölüm teyit edildi mi?**
  - Evet

Liste Sorumlusu:  
Ad-Soyad, İmza



## GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ<sup>TR</sup>

Hastanın Adı Soyadı

Ameliyat /Bölgesi

Ameliyat Tarihi