



GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ^{TR}

Hastanın Adı Soyadı

Ameliyat/Bölgesi

Ameliyat Tarihi

I. Klinikten Ayrılmadan Önce

1. Hastanın;

- ☐ Kimlik bilgileri
☐ Ameliyatı
☐ Ameliyat bölgesi

doğrulandı.

2. Hastanın rızası kontrol edildi mi?

- ☐ Evet

3. Hasta aç mı?

- ☐ Evet ☐ Hayır.....

4. Ameliyat bölgesi tıraşı yapıldı mı?

- ☐ Evet ☐ Hayır.....

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 öncesi gerekli özel işlem var mı?

- ☐ Lavman ☐ Mesane Kateterizasyonu
☐ Varis Çorabı ☐ Özel Tedavi protokolü
☐ Diğer ☐ Hayır

8. Ameliyat için gerekli olacak özel malzeme, implant, kan veya kan ürünü hazırlığı teyit edildi mi?

- ☐ Evet ☐ Hayır

9. Hastanın gerekli laboratuvar ve radyoloji tetkikleri mevcut mu?

- ☐ Evet

Liste Sorumlusu:
Ad-Soyad, İmza

II. Anestezi Verilmeden Önce

10. Hastanın kendisinden

- ☐ Kimlik bilgileri
☐ Ameliyatı
☐ Ameliyat bölgesi
☐ Hastanın ameliyatı ile ilgili rızası Doğrulandı.

11. Ameliyat bölgesinde işaretleme var mı?

- ☐ Var ☐ İşaretlenme uygulanamaz

12. Anestezi Güvenlik Kontrol listesi tamamlandı mı?

- ☐ Evet

13. Pulse oksimetre hasta üzerinde ve çalışıyor mu?

- ☐ Evet

Hastanın Risk Değerlendirmesi

14. Hastanın bilinen bir alerjisi var mı?

- ☐ Yok ☐ Var

15. Gerekli görüntüleme cihazları var mı?

- ☐ Yok ☐ Var

16. Hastada 500 ml ya da daha fazla kan kaybı riski var mı?

- ☐ Yok
☐ Var; uygun damar yolu erişimi ve sıvı planlandı.

Liste Sorumlusu:
Ad-Soyad, İmza

III. Ameliyat Kesisinden Önce

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

- ☐ Evet

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

- ☐ Evet

19. Kritik olaylar gözden geçirildi mi?

- ☐ Tahmini ameliyat süresi
☐ Beklenen kan kaybı
☐ Ameliyat sırasında gerçekleşebilecek beklenmedik olaylar
☐ Olası anestezi riskleri
☐ Hastanın pozisyonu

20. Profilaktik antibiyotik sorgulandı mı?

- ☐ Kesiden önceki son 60 dakika içerisinde uygulandı
☐ Kullanılmaz

21. Kullanılacak malzemeler hazır mı?

- ☐ Evet ☐ Hayır

22. Malzemelerin Sterilizasyonu uygun mu?

- ☐ Evet ☐ Hayır

23. Kan şekeri kontrolü gerekli mi?

- ☐ Evet ☐ Hayır

24. Antikoagülan kullanımı var mı?

- ☐ Evet ☐ Hayır

25. Derin Ven Trombozu profilaksisi gerekli mi?

- ☐ Evet ☐ Hayır

Liste Sorumlusu:
Ad-Soyad, İmza

IV. Ameliyattan Çıkmadan Önce

26. Gerçekleştirilen ameliyat için sözlü olarak

- ☐ Hasta,
☐ Yapılan ameliyat,
☐ Ameliyat bölgesi, teyit edildi.

27. Alet, spanç/kompres ve iğne sayımları yapıldı mı?

- ☐ Evet/Tam ☐ Hayır

28. Hastadan alınan numune etiketinde

- ☐ Hastanın adı doğru yazılı
☐ Numunenin alındığı bölge yazılı

29. Ameliyat sonrası kritik gereksinimler gözden geçirildi mi?

- ☐ Anestezistin önerileri:

- ☐ Cerrahin önerileri:

30. Hastanın ameliyat sonrası gideceği bölüm teyit edildi mi?

- ☐ Evet

Liste Sorumlusu:
Ad-Soyad, İmza

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