



# GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ

Döküman No	SAH.LS.02
Yayın tarihi	04.01.2019
Revizyon No	00
Revizyon Tarihi	--
Sayfa No	1/1

## 1.KLİNİKTEN AYRILMADAN ÖNCE

- 1.Hastanın :**  
Kimlik Bilgileri  
Ameliyatı  
Ameliyat Bölgesi Doğrulandı
- 2.Hastanın rızası kontrol edildi mi?**  
Evet Hayır
- 3.Hasta aç mı?**  
Evet Hayır
- 4.Ameliyat bölgesi traş edildi mi?**  
Evet Hayır
- 5.Hastada makyaj/oje/protez var mı?**  
Evet Hayır
- 6.Hastanın sadece alt çamaşırı kalacak şekilde ameliyat önlüğü ve bonesi giydirildi mi ?**  
Evet Hayır
- 7.Ameliyat öncesi gerekli özel işlem var mı ?**  
Evet Hayır
- 8. Ameliyat için gerekli olacak özel işlem, malzeme (implant,kan veya kan ürünü ) hazırlığı teyit edildi mi ?**  
Evet Hayır
- 9.Hastaların gerekli laboratuvar ve radyoloji tetkikleri mevcut mu?**  
Evet Hayır

## 2.ANESTEZİ VERİLMEDEN 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
- 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.

## 3.AMELİYAT KESİSİNDEN 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 60 dakika içerisinde uygulandı.  
Kullanılmaz
- 21.Kullanılacak malzeme hazır mı?**  
Evet Hayır
- 22.Malzeme 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

## 4.AMELİYATTAN ÇIKMADAN 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 etiketin de**  
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

Klinik Doktoru:  
Klinik Hemşiresi:

Anestezi Sorumlu Tek:  
Anestezi Sorumlu Dr:

Cerrahi Asistan:

Cerrahi Hemşire :  
Cerrahi Teknisyen:

Hastanın Adı Soyadı:

Ameliyat Bölgesi:

Ameliyat Tarihi: