



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

Döküman Kodu : S.AL.LS.01
Yayın Tarihi : 13.02.2024
Revizyon No : 00
Revizyon Tarihi :
Sayfa No : 1/1

GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ

1.KLİNİKTEN AYRILMADAN ÖNCE	2.ANESTEZİ VERİLMEYEN ÖNCE	3.AMELİYAT KESİSİNDEN ÖNCE	4.AMELİYATTAN ÇIKMADAN ÖNCE
<p>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</p>	<p>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.</p>	<p>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</p>	<p>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</p>
<p>Klinik Doktoru : Klinik Hemşiresi :</p>	<p>Anestezi Sorumlu Tek : Anestezi Sorumlu Dr :</p>	<p>Cerrahi Asistan :</p>	<p>Cerrahi Hemşire : Cerrahi Teknisyen :</p>
<p>Hastanın Adı Soyadı :</p>		<p>Ameliyat Bölgesi :</p>	<p>Ameliyat Tarihi :</p>

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
BİRİM KALİTE SORUMLUSU	KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	DEKAN