



KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL FORMU



Kodu: SHB.FR.01 Yayın Tarihi: 01.11.2018 Revizyon Tarihi: Revizyon No: Sayfa No/Sayfa sayısı:1/1

Hastanın Adı Soyadı	
Ameliyat/Bölgesi	
Ameliyat Tarihi	

I. Klinikten Ayrılmadan Önce	II. Anestezi Verilmeden Önce	III. Ameliyat Kesisinden Önce	IV. Ameliyattan Çıkımdan Önce																																																										
<p>1.Hastanın; <input type="checkbox"/> Kimlik Bilgileri <input type="checkbox"/> Ameliyatı <input type="checkbox"/> Ameliyat bölgesi doğrulandı.</p> <p>2.Hasta ameliyata yönelik rızasını teyit etti mi? <input type="checkbox"/> Evet</p> <p>3.Hasta aç mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>4.Ameliyat bölgesi traşı yapıldı mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Gerekli değil</p> <p>5.Hastada makyaj/oje, protez, değerli eşya var mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>6.Hastanın kıyafetleri tümüyle çıkarılıp ameliyat önlüğü ve bonesi giydirildi mi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>7.Ameliyat için gerekli olacak özel malzeme, implant, kemik grefti vb. temin edildi mi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>8.Hastanın gerekli laboratuvar ve radyoloji ve tetkikleri ile konsültasyon sonuçları mevcut mu? <input type="checkbox"/> Evet</p>	<p>09.Hastanın kendisinden <input type="checkbox"/> Kimlik Bilgileri <input type="checkbox"/> Ameliyatı <input type="checkbox"/> Ameliyat bölgesi <input type="checkbox"/> Ameliyatı ile ilgili rızası doğrulandı mı?</p> <p>10. Ameliyat bölgesinde işaretleme var mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> İşaretlenme uygulanamaz</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"><tr><td>55</td><td>54</td><td>53</td><td>52</td><td>51</td><td>61</td><td>62</td><td>63</td><td>64</td><td>65</td></tr><tr><td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr><tr><td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td></tr><tr><td>85</td><td>84</td><td>83</td><td>82</td><td>81</td><td>71</td><td>72</td><td>73</td><td>74</td><td>75</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> <p>11. Anestezi Güvenlik Kontrol Listesi tamamlandı mı? <input type="checkbox"/> Evet</p> <p>12.Pulse oksimetre hasta üzerinde ve çalışıyor mu? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hastanın Risk Değerlendirmesi</p> <p>13.Hastanın bilinen bir alerjisi var mı? <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var</p> <p>14.Gerekli görüntüleme cihazları var mı? <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Gerekli değil</p> <p>15.Hastada kan kaybı riski var mı? <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var;uygun damar yolu erişimi, sıvı ve kanama durdurucu ajanlar temin edildi.</p>	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							<p>16.Ekipteki kişiler kendilerini ad, soyad ve görevleri ile tanıttı mı? <input type="checkbox"/> Evet</p> <p>17.Ekipten bir kişi sesli olarak hastanın kimliğini, yapılan ameliyatı, ameliyat bölgesini teyit etti mi? <input type="checkbox"/> Evet</p> <p>18. Kritik olaylar gözden geçirildi mi? <input type="checkbox"/> Tahmini ameliyat süresi <input type="checkbox"/> Beklenen kan kaybı <input type="checkbox"/> Ameliyat sırasında gerçekleşebilecek beklenmedik olaylar <input type="checkbox"/> Olası anestezi riskleri <input type="checkbox"/> Hastanın pozisyonu</p> <p>19.Profilaktik antibiyotik sorgulandı mı? <input type="checkbox"/> Kesiden önceki son 60 dakika içerisinde uygulandı <input type="checkbox"/> Kullanılmaz</p> <p>20.Kullanılacak malzemeler hazır mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>21.Malzemelerin sterilizasyonu uygun mu? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>22.Kan şekeri kontrolü gerekli mi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>23.Antikoagülan kullanımı var mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p>	<p>24.Gerçekleştirilen ameliyat için sözlü olarak; <input type="checkbox"/> Hasta, <input type="checkbox"/> Yapılan ameliyat, <input type="checkbox"/> Ameliyat bölgesi, teyit edildi,</p> <p>25.Alet, Spanç /kompres ve iğne sayımları yapıldı mı? <input type="checkbox"/> Evet/Tam <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Sayım Uygulanmaz</p> <p>26.Hastadan alınan numune etiketinde <input type="checkbox"/> Hastanın adı doğru yazılı <input type="checkbox"/> Numunenin aldığı bölge yazılı</p> <p>27.Ameliyat sonrası kritik gereksinimler gözden geçirildi mi? <input type="checkbox"/> Anestezistin önerileri; <input type="checkbox"/> Cerrahin Önerileri;</p>
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																																																				
Liste Sorumlusu: Ad-Soyad,İmza	Liste Sorumlusu: Ad-Soyad,İmza	Liste Sorumlusu: Ad-Soyad,İmza	Liste Sorumlusu: Ad-Soyad,İmza																																																										

Hazırlayan: Kalite Yönetim Memuru	Kontrol eden: Kalite Direktörü	Onaylayan: Dekan
--	---	-----------------------------------