



NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ

DOKÜMAN KODU	HB.LS.01
YAYIN TARİHİ	13.10.2023
REVİZYON NO	0
REVİZYON TARİHİ	--
SAYFA NO	1

I. Klinikten Ayrılmadan Önce	II. Anestezi Verilmeden Önce	III. Ameliyat Kesisinden Önce	IV. Ameliyattan Çıkmadan 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 traşı 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 9. Hastanın gerekli laboratuvar ve radyoloji tetkikleri mevcut mu ? ☐ Evet	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 varmı ? ☐ 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.	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 22. Malzemelerin sterilizasyonu uygun mu ? ☐ Evet 23. Kan şekeri kontrolü gerekli mi ? ☐ Evet 24. Antikoagülan kullanımı var mı ? ☐ Evet ☐ Hayır 25. Derin Ven Trombozu profilaksisi gereklimi ? ☐ Evet ☐ Hayır	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	Liste Sorumlusu : Ad-Soyad, İmza	Liste Sorumlusu : Ad-Soyad, İmza	Liste Sorumlusu : Ad-Soyad, İmza

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