



T.C.
D.Ü. DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ

Doküman No	AH.LS.01
Yürürlüğe Gir.Tar.	01.02.2023
Revizyon No	01
Revizyon Tarihi	06.03.2024
Sayfa No	Sayfa 1/1

Hastanın Adı Soyadı:

Ameliyat Bölgesi:

Ameliyat Tarihi:...../...../202...

1. KLİNİKTEN AYRILMADAN ÖNCE	2. ANESTEZİ VERİLMEDEN ÖNCE	3. AMELİYAT KESİSİNDEN ÖNCE	4. AMELİYATTAN ÇIKMADAN ÖNCE																																																										
1. Hastanın: ☐ Kimlik Bilgileri ☐ Ameliyatı ☐ Ameliyat Bölgesi Doğrulandı 2. Hasta ameliyata yönelik rızasını teyit etti mi? ☐ Evet 3. Hasta aç mı? ☐ Evet ☐ Hayır 4. Ameliyat bölgesi traşı yapıldı mı? ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Gerekli değil 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 için gerekli olacak özel malzeme, implant, kan veya kan ürünü hazırlığı teyit edildi mi? ☐ Evet ☐ Hayır 8. Hastanın gerekli laboratuvar ve radyoloji tetkikleri ile konsültasyon sonuçları mevcut mu? ☐ Evet	9. Hastanın kendisinden ☐ Kimlik bilgileri ☐ Ameliyatı ☐ Ameliyat bölgesi ☐ Ameliyatı ile ilgili rızası doğrulandı mı? 10. Ameliyat bölgesinde işaretleme var mı? ☐ Var ☐ İşaretlenme uygulanamaz <table><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> 11. Anestezi Güvenlik Kontrol Listesi tamamlandı mı? ☐ Evet 12. Pulse oksimetre hasta üzerinde ve çalışıyor mu? ☐ Evet ☐ Hastanın risk değerlendirmesi 13. Hastanın bilinen bir alerjisi var mı? ☐ Yok ☐ Var 14. Gerekli görüntüleme cihazları var mı? ☐ Yok ☐ Var ☐ Gerekli Değil 15. Hastada kan kaybı riski var mı? ☐ Yok ☐ Var; uygun damar yolu erişimi ve sıvı ve kanama durdurucu ajanlar temin edildi.	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							16. Ekipteki kişiler kendilerini ad, soyad ve görevleri ile tanıttı mı? ☐ Evet 17. Ekipten bir kişi sesli olarak hastanın kimliğini, yapılan ameliyatı, ameliyat bölgesini teyit etti mi? ☐ Evet 18. Kritik olaylar gözden geçirildi mi? ☐ Tahmini ameliyat süresi ☐ Beklenen kan kaybı ☐ Ameliyat sırasında gerçekleşebilecek beklenmedik olaylar ☐ Olası anestezi riskleri ☐ Hastanın pozisyonu 19. Profilaktik antibiyotik sorgulandı mı? ☐ Kesiden önceki son 60 dakika içerisinde uygulandı. ☐ Kullanılmaz 20. Kullanılacak malzemeler hazır mı? ☐ Evet ☐ Hayır 21. Malzemelerin sterilizasyonu uygun mu? ☐ Evet ☐ Hayır 22. Kan şekeri kontrolü gerekli mi? ☐ Evet ☐ Hayır 23. Antikoagülan kullanımı var mı? ☐ Evet ☐ Hayır	24. Gerçekleştirilen ameliyat için sözlü olarak ☐ Hasta ☐ Yapılan ameliyat ☐ Ameliyat bölgesi teyit edildi. 25. Alet, spanç/kompres ve iğne sayımları yapıldı mı? ☐ Evet/Tam ☐ Hayır ☐ Sayım Uygulanmaz 26. Hastadan alınan numune etiketin de ☐ Hastanın adı doğru yazılı ☐ Numunenin alındığı bölge yazılı 27. Ameliyat sonrası kritik gereksinimler gözden geçirildi mi? ☐ Anestezistin önerileri: ☐ Cerrahin önerileri: 28. Hastanın ameliyat sonrası gideceği bölüm teyit edildi mi? ☐ Evet
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																																																										

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