



چک لیست جراحی ایمن

بیمارستان.....

کد فرم : Cg-H.3-1

time out اقدامات قبل از برش پوست بیمار	sign in اقدامات قبل از بیهوشی بیمار
زمان انتظار	ورود بیمار به اتاق عمل:
<input type="checkbox"/> معرفی کلیه اعضا تیم جراحی با نام و نام خانوادگی و سمت تایید می شود.	بیمار موارد ذیل را تایید می نماید: <input type="checkbox"/> نام و نام خانوادگی خود <input type="checkbox"/> موضع عمل جراحی <input type="checkbox"/> نوع عمل جراحی <input type="checkbox"/> رضایت از عمل
متخصص جراحی، متخصص بیهوشی و پرستار بطور کلامی موارد ذیل را تایید مینمایند <input type="checkbox"/> نام و نام خانوادگی بیمار <input type="checkbox"/> نوع عمل جراحی <input type="checkbox"/> موضع عمل جراحی	<input type="checkbox"/> موضع عمل علامتگذاری شده است
وقایع مهمی که احتمال وقوع آن وجود دارد <input type="checkbox"/> متخصص جراحی گامهای غیر منتظره و یا حیاتی در حین عمل، مدت عمل جراحی و یا خونریزی حین عمل را در نظر گرفته و مرور می نماید <input type="checkbox"/> تیم بیهوشی بیمار را به لحاظ وجود عوامل خطر از اختصاصی بررسی می نمایند	<input type="checkbox"/> یمنی تجهیزات بیهوشی چک شده است <input type="checkbox"/> پالس اکسی متری سالم بوده و به بیمار متصل است بیمار دارای حساسیت شناخته شده می باشد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله
آنتی بیوتیک پروفیلاکسی در طی یک ساعت قبل جهت بیمار تجویز شده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> موردی ندارد	بیمار دارای راه هوایی مشکل است / خطر اسپیراسیون دارد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله و تجهیزات کمکی ضروری موجود است.
آیا نتیجه تصویر برداری ضروری در اتاق عمل بر روی نگاتسکوپ نصب و در حال نمایش است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> موردی ندارد	در حین جراحی برای بیمار خطر رفتن بیش از ۵۰۰ میلی لیتر خون وجود دارد (در کودک کان ۷ میلی لیتر به ازای هر کیلو گرم وزن بدن) <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله و راه وریدی و مایعات مناسب وریدی موجود است

sign out اقدامات قبل از ترخیص بیمار
خروج بیمار از اتاق عمل: پرستار همراه با تیم جراحی به طور کلامی موارد ذیل را تایید می نمایند: <input type="checkbox"/> ام عمل جراحی ثبت شده است <input type="checkbox"/> شمارش لوازم جراحی، گاز و سرسوزن مورد استفاده در عمل جراحی صحیح بوده است <input type="checkbox"/> نحوه برچسب زدن بر نمونه گرفته شده در اتاق عمل از جمله نام و نام خانوادگی بیمار صحیح است <input type="checkbox"/> عملکرد تجهیزات مورد استفاده در اتاق عمل بدون اشکال بوده است <input type="checkbox"/> متخصصین جراحی و بیهوشی، تیم جراحی و پرستار اتاق عمل با توجه به وضعیت بیمار برنامه مراقبتی مناسب را در ریکاورری پیش بینی نموده اند

متخصص بیهوشی

متخصص جراحی

پرستار سیر کولار اتاق عمل