



وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

بیمارستان

چک لیست جراحی ایمن

| | | | |
|---|--|--------------------------------------|--|
| شماره پرونده: | | | |
| اطلاعات هویتی | | نام خانوادگی : | |
| نام پزشک معالج: | | نام : | |
| تاریخ پذیرش : | | تاریخ تولد: | |
| تاریخ عمل جراحی: | | زمان ورود به اتاق عمل: | |
| پرستار تکمیل کننده: | | زمان انتظار: | |
| پزشک جراح : | | زمان خروج از اتاق عمل: | |
| متخصص بیهوشی: | | | |
| الف) اقدامات قبل از بیهوشی بیمار: | | | |
| بیمار نام و نام خانوادگی خود ، نوع و موضع عمل جراحی و رضایت خود از عمل را تأیید می نماید: | | بلی <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> |
| نام و نام خانوادگی بیمار و شماره پرونده با دستبند شناسایی وی منطبق است؟ | | بلی <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> |
| موضع عمل توسط جراح علامتگذاری شده است؟ | | بلی <input type="checkbox"/> | موردی ندارد <input type="checkbox"/> |
| داروها و ماشین بیهوشی کاملاً چک شده است؟ | | بلی <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> |
| پالس اکسی متری به بیمار متصل و در حال کار است؟ | | بلی <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> |
| بیمار دارای حساسیت شناخته شده می باشد؟ | | بلی <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> |
| بیمار داروی خاصی مصرف می کند؟ | | بلی <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> |
| بیمار سرماخورده است؟ | | بلی <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> |
| بیمار INPO است؟ | | بلی <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> |
| بیمار دارای راه هوایی مشکل و یا در معرض آسیب راسیون است؟ | | بلی <input type="checkbox"/> | بله و تجهیزات کمکی وجود دارد <input type="checkbox"/> |
| بیمار در حین جراحی در معرض خطر از دست رفتن بیش از 500 میلی لیتر خون می باشد؟ (در کودکان 7 میلی لیتر به ازای هر کیلوگرم وزن بدن) | | بلی <input type="checkbox"/> | بله و دو راه وریدی دسترسی مرکزی و مایعات وریدی مناسب موجود است. <input type="checkbox"/> |
| معرفی کلیه اعضا تیم جراحی با نام و نام خانوادگی و سمت به بیمار تأیید می شود. | | بلی <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> |
| ب) اقدامات قبل از برش پوست بیمار: | | | |
| نام و نام خانوادگی بیمار ، نوع عمل جراحی و محل برش تأیید می شود. | | بلی <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> |
| آنتی بیوتیک پروفیلاکسی در طی یکساعت قبل جهت بیمار تجویز شده است؟ | | بلی <input type="checkbox"/> | موردی ندارد <input type="checkbox"/> |
| گام های حیاتی و یا غیر معمول در حین عمل جراحی توسط متخصص جراحی مشخص شده است ؟ | | بلی <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> |
| مدت زمان عمل جراحی توسط متخصص جراحی مشخص شده است؟ | | بلی <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> |
| میزان خونریزی احتمالی حین عمل توسط متخصص جراحی مشخص شده است؟ | | بلی <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> |
| متخصص بیهوشی مشکل خاصی در مورد بیهوشی بیمار گزارش نموده است؟ | | بلی <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> |
| استریلیتی وسایل و لوازم جراحی (از جمله نتایج شاخص های استریلایزرها) توسط تیم پرستاری تأیید شده است؟ | | بلی <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> |
| تیم پرستاری نگرانی یا مورد خاص در خصوص تجهیزات و.... گزارش نموده است ؟ | | بلی <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> |
| تصویر ضروری موضع جراحی بر روی نگاتوسکوپ در حال نمایش است؟ | | بلی <input type="checkbox"/> | موردی ندارد <input type="checkbox"/> |
| تصویر اصلی موضع جراحی در حال نمایش است؟ | | بلی <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> |
| موارد زیر مورد تأیید پرستار است (به صورت کلامی تأیید می نماید) | | | |
| نام عمل جراحی تأیید می شود؟ | | بلی <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> |
| لیست شمارش لوازم جراحی، گاز و سرسوزن مورد استفاده در جراحی تکمیل شده است؟ | | بلی <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> |
| برچسب نمونه گرفته شده در اتاق عمل (مشخصات نمونه از جمله نام بیمار با صدای بلند خوانده شود). | | بلی <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> |
| اشکال یا نارسایی در عملکرد تجهیزات مورد استفاده در اتاق عمل وجود دارد. | | بلی <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> |
| برنامه مراقبتی مناسب در ریکاوری توسط متخصصین جراحی، متخصص بیهوشی و پرستار پیش بینی شده است؟ | | بلی <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> |
| نگرانی ها و ملاحظات عمده ای برای به هوش آمدن (ریکاوری) و اداره بیمار گزارش شده است ؟ | | بلی <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> |
| تأییدیه ها | | مهر و امضا متخصص جراحی | |
| تأییدیه ها | | مهر و امضا متخصص بیهوشی | |
| تأییدیه ها | | مهر و امضا پرستار تکمیل کننده | |
| تأییدیه ها | | مهر و امضا پرستار تکمیل کننده | |

