دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین

# چک لیست جراحی ایمن

نام و نام خانوادگی بیمار: شماره پرونده : تاریخ و ساعت عمل : نام پزشک معالج :

**۱ – اقدامات قبل از بیهوشی بیمار**
جهت تکمیل این قسمت از چک لیست حداقل حضور پرستار و منخصص بیهوشی الزامی است.

☐ معرفی کلیه اعضای تیم جراحی با نام و نام خانوادگی و سمت به بیمار تایید می شود

آیا بیمار نام و نام خانوادگی، نوع و موضع عمل جراحی و رضایت خود از عمل جراحی را تایید نموده است ؟ بله ☐

آیا سابقه ابتلای بیماربه HIV و HBV چک شده است ؟ بله ☐ خیر ☐

آیا موضع عمل ،علامت گذاری شده است ؟
بله ☐ موردی ندارد ☐

آیا داروها و ماشین بیهوشی چک شده است ؟
بله ☐

آیا پالس اکسی متری به بیمار متصل و در حال کار می باشد؟ بله ☐

آیا بیمار دارای حساسیت شناخته شده ای است؟
بله ☐ خیر ☐

آیا راه هوایی بیمار مشکل دار یا در معرض آسپیراسیون است ؟
بله و تجهیزات کمکی ضروری موجود است ☐
خیر ☐

آیا بیمار در حین جراحی در معرض خطر از دست دادن بیش از ML ۵۰۰ خون است ؟ (درکودکان ۷ میلی به ازای هر کیلو گرم وزن بدن )
بله و دو راه وریدی دسترسی مرکزی و مایعات مناسب وریدی آماده است
خیر ☐
آیا ☐ تحت درمان با داروی خاصی می باشد؟
(مانند آنتی کوآگولانها وآنتی آریتمی هاو .....)
بله : نام داروها ذکر شود
☐

خیر
☐

نام وامضاء پرستار سیرکولار:

**۲– قبل از برش پوست بیمار**
جهت تکمیل این قسمت از چک لیست حضور پرستار و منخصص بیهوشی و جراح الزامی است.

☐ آیا نام و نام خانوادگی بیمار، نوع عمل جراح و محل برش جراحی تایید می شود

آیا آنتی بیوتیک پروفیلاکسی در طی یک ساعت قبل جهت بیمار تجویز شده است ؟
بله ☐ موردی ندارد ☐

**وقایع مهم قابل پیش بینی :**

**متخصص جراحی :**
گامهای حیاتی مورد نیاز در حین عمل جراحی چیست؟
۱–
۲–
۳–
عمل جراحی چه مدت طول می کشد؟

میزان خونریزی حین عمل چقدر است ؟

**متخصص بیهوشی:**
آیا مشکل خاصی در مورد بیهوشی بیمارو جود دارد؟
بله ☐ خیر ☐
توضیح :

**تیم پرستاری:**
استریلیزاسیون ابزار جراحی ( از جمله نتایج شاخص های استریلایزرها) تایید شده است ؟
بله ☐ خیر ☐
آیا نگرانی خاصی در مورد تجهیزات وجود دارد؟
بله خیر
توضیح ☐ ☐

آیا تصویر ضروری بر روی نگاتوسکوپ بطور صحیح در حال نمایش است ؟

بله مورد ندارد

نام و ☐ ء متخصص یا دستیار بیهوشی :

**۱ – اقدامات قبل از خروج بیمار از اتاق عمل**
جهت تکمیل این قسمت از چک لیست حضور پرستار و منخصص بیهوشی و جراح الزامی است.

**پرستار به صورت کلامی موارد زیر را تایید می نماید:**

نام عمل جراحی ☐

☐ تکمیل شمارش لوازم جراحی، گاز و سرسوزن های مورد استفاده در عمل جراحی

☐ برچسب نمونه گرفته شده در اتاق عمل (مشخصات نمونه از جمله نام بیمار با صدای بلند خوانده شود)

آیا اشکال یا نارسایی در عملکرد تجهیزات مورد استفاده در اتاق عمل وجود داشت؟
بله ☐ خیر ☐
توضیح :

**جراح، متخصص بیهوشی و پرستار**

آیا نگرانی ها و ملاحظات عمده ای برای به هوش آمدن (ریکاوری) و اداره این بیمارو جود دارد؟

☐ بله
ذکر موارد

☐ خیر موردی ندارد

نام و امضاء متخصص یا دستیار جراح :