



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز
مرکز آموزشی درمانی شهید مدنی

هواشافی چک لیست جراحی ایمن

نام و نام خانوادگی بیمار:..... شماره پرونده:..... نوع عمل جراحی:..... تاریخ انجام عمل:.....

۱	اقدامات قبل از بیهوشی بیمار: (sing in) (جهت تکمیل این قسمت از چک لیست حداقل حضور پرستار اتاق عمل و متخصص بیهوشی ضروری است)	۲	قبل از برش پوست بیمار: (time out) (جهت تکمیل این قسمت از چک لیست حضور پرستار اتاق عمل و متخصص بیهوشی و جراح ضروری است)	۳	اقدامات قبل از خروج بیمار از اتاق عمل: (time out) (جهت تکمیل این قسمت از چک لیست حضور پرستار اتاق عمل و متخصص بیهوشی و جراح ضروری است)
آیا بیمار نام و نام خانوادگی، نوع و موضع عمل جراحی و رضایت خود از عمل جراحی را تایید نموده است؟ ☐ بلی ☐ خیر	آیا موضع علامت گذاری شده است؟ ☐ بلی ☐ موردی ندارد	معرفی کلیه اعضا تیم با نام و نام خانوادگی و سمت تایید می شود. ☐ بلی ☐ خیر	پرستار به صورت کلامی موارد ذیل را تایید می نماید: نام عمل جراحی ☐ تکمیل شمارش لوازم جراحی، گاز و سرسوزن مورد استفاده در عمل جراحی ☐ برچسب نمونه گرفته شده در اتاق عمل (خواندن مشخصات نمونه گرفته شده در اتاق عمل و از جمله نام بیمار با صدای بلند) ☐ آیا اشکال / نارسایی در عملکرد تجهیزات مورد استفاده در اتاق عمل وجود دارد؟ ☐ بلی ☐ خیر	متخصص جراحی، متخصص بیهوشی و پرستار: چه تگرانی ها ، ملاحظات عمده و برنامه مناسب مراقبتی برای بهبود و درمان بیمار در ریکاوری موجود است؟	تورنیکه با فشار..... در ساعت در اندام برقرار شده است و در ساعت..... خاتمه یافت. پلیت کوتر نصب شده است؟ ☐ بلی ☐ خیر محل نصب :
چک لیست بیهوشی ایمن تکمیل شده است؟ ☐ بلی ☐ خیر	آیا داروها و ماشین بیهوشی کاملاً چک شده است؟ ☐ بلی ☐ خیر	آیا آنتی بیوتیک پروفیلاکسی در طی یک ساعت قبل جهت بیمار تجویز شده است؟ ☐ بلی ☐ خیر	وقایع مهم قابل پیش بینی: متخصص جراحی: گام های غیرمعمول و یا حیاتی در حین عمل جراحی چیست؟ عمل جراحی چه مدت طول می کشد؟ میزان خونریزی پیش بینی شده در حین عمل چیست؟ متخصص بیهوشی: آیا مشکل خاصی در مورد بیهوشی وجود دارد؟	نمونه باتولوژی ارسال شده است؟ ☐ بلی ☐ خیر تعداد نمونه :	تیم پرستاری: استریلیتی وسایل و لوازم جراحی (ازجمله نتایج شاخص های استریلایزرها) تایید شده است؟ آیا مشکلی خاص در مورد تجهیزات و غیره وجود دارد؟ ☐ بلی ☐ خیر
آیا بیمار دارای حساسیت شناخته شده است؟ ☐ بلی ☐ خیر	آیا بیمار دارای راه هوایی مشکل یا در معرض /خطر آسپیراسیون می باشد؟ ☐ خیر بلی و تجهیزات کمکی ضروری موجود است. ☐	در حین جراحی برای بیمار خطر از دست رفتن بیش از ۵۰۰ میلی لیتر خون وجود دارد. (در کودکان ۷ میلی لیتر به ازای هر کیلوگرم وزن بدن) ☐ خیر بلی ☐ و دو راه وریدی ☐ دسترسی مرکزی ☐ مایعات وریدی ☐ رزرو خون ☐ موجود است.	آیا بیمار نیاز به پروتز و ایمپلنت دارد؟ ☐ خیر بلی ☐ و وسایل مورد نیاز آماده و استریل شده است. ☐	پرستار-تکنسین بیهوشی ریکاوری مهر و امضاء	پزشک جراح مهر و امضاء
تکنسین بیهوشی مهر و امضاء	متخصص بیهوشی مهر و امضاء	سیر کولار مهر و امضاء	اسکراب مهر و امضاء		