

KONTROLNA LISTA ZA SIGURNOST KIRURŠKIH ZAHVATA

Oznaka dokumenta: **OBN-KKL**

Izdanje: **2**

Vrijedi od: 30.01.2018.

Stranica: **1**

Datum: _____ Op. dvorana: _____ Ime i prezime pacijenta: _____ Datum rođenja: _____

PRIJE UVOĐENJA U ANESTEZIJU		PRIJE PRVOG KIRURŠKOG REZA		TIJEKOM ZAHVATA I PO ZAVRŠETKU OPERACIJE	
Anesteziološki tehničar				INSTRUMENTARKA	
Pacijent je potvrdio identitet, operacijski zahvat i mjesto kir. zahvata, suglasnost? DA NE	Pacijent pravilno namješten? DA NE	Točan broj trbušnih kompresa i tupfera: prije zatvaranja šupljeg organa? DA NE		OPERATER	
Mjesto zahvata označeno? DA NE	Svi članovi tima predstavljeni imenom i funkcijom? DA NE	prije i poslije zatvaranja anatomskih pregrada? DA NE			
ANESTEZIOLOG		Radiološke snimke pripremljene za uvid tijekom operacije? DA NE		Potvrda završetka operacije? DA NE	
Anesteziološka oprema uredno funkcionira DA NE	OPERATER	prije i poslije zatvaranja tjelesne šupljine? DA NE		Vrijeme završetka operacije _____	
Pulsni oksimetar priključen- u funkciji DA NE		prije odlaska pacijenta iz op. sale? DA NE		Naveden konačni naziv operacijskog zahvata? DA NE	
Potrebni lijekovi pripremljeni? DA NE		Uredan broj instrumenata i igala? DA NE		Opisan tijek operacijskog zahvata? DA NE	
Alergija u anamnezi? DA NE		Problemi s opremom tijekom operacije? DA NE			
Rizik za otežanu intubaciju ili rizik od aspiracije? DA (oprema/asistencija je osigurana) NE	Problem evidentiran i prijavljen nadležnoj osobi? DA NE				
Rizik od gubitka krvi većeg od 500 ml (7ml/kg- djeca)? DA NE	Predviđeno trajanje operacijskog zahvata? DA NE	Mogući ne rutinski postupci tijekom operacije i dodatni instrumenti? DA NE		Uzet i pravilno obilježen preparat za PH i/ili MKB analizu? DA NE	
Krvna grupa određena DA NE	Vrijeme prvog kirurškog reza? _____	ANESTEZIOLOG		Ako da, navesti preparat: _____	
Rezervirane potrebne doze krvi? DA NE	INSTRUMENTARKA	Postoje li specifičnosti vezane uz pacijenta DA NE		ANESTEZIOLOG	
Osiguran dodatni venski put? DA NE	Set instrumenata sterilan i kompletan? DA NE	Broj trbušnih kompresa _____ Broj tupfera _____		Pacijent se smješta u JIL? DA NE	
Antibiotska profilaksa aplicirana u posljednjih 60 min? DA NE	I. asistent: _____		II. asistent: _____		
Anesteziolog: _____	Instrumentarka: _____		Pomoćna instrumentarka: _____		

Potpis voditelja kirurškog tima:

Potpis voditelja anesteziološkog tima: