



ПАЦИЕНТ:

**ESTS ЧЕКЛИСТ ЗА ХИРУРГИЧНА БЕЗОПАСНОСТ**

Дата на операцията: ...../...../.....

HIV/Hepatitis

Операция:

**ПРЕДИ ВЪВЕЖДАНЕ В АНЕСТЕЗИЯ: SIGN IN**

Самоличността на пациента е проверена	<input type="checkbox"/> Вярно	<input type="checkbox"/> <b>ГРЕШНО (Докладвай)</b>
Информирано съгласие	<input type="checkbox"/> Налично	<input type="checkbox"/> <b>Липсва (Коригирай преди да продължиш)</b>
Страната на операцията е маркирана	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> <b>Не е маркирана(Потвърди)</b> <input type="checkbox"/> <b>Неприложимо</b>
Известна АЛЕРГИЯ?	<input type="checkbox"/> Не	<input type="checkbox"/> <b>Да:</b> <input type="checkbox"/> <b>ЛЕКАРСТВА</b> <input type="checkbox"/> <b>ЛАТЕКС</b> <input type="checkbox"/> <b>ДРУГИ</b>
Проведена корекция на антокоагулация/антиагрегация?	<input type="checkbox"/> <b>Неприложимо</b>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> <b>Не (Докладвай)</b>
Нужна ли е премедикация?	Профилактични АБ <input type="checkbox"/>	Стероид заместителна терапия: Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/>
Докладвен ли е ASA класа на пациента?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> <b>Не (Потвърди преди да продължиш)</b>
Анестезиологична проверка на безопасността завършена	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> <b>Не (Докладвай)</b>
Наличие на фибробронхоскоп	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> <b>Не (Докладвай)</b>
Основен Мониторинг	<input type="checkbox"/> <b>ЕКГ</b> <input type="checkbox"/> <b>Пулсоксиметрия</b> <input type="checkbox"/> <b>Капнография</b> <input type="checkbox"/> <b>ABP</b>	
Система за затопяне на пациента	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> <b>Не (Информирай)</b>
Профилактика на ДВТ	<input type="checkbox"/> <b>Еластични чорапи</b> <input type="checkbox"/> <b>Подкожен Хепарин</b> <input type="checkbox"/> <b>Неприложимо</b>	
Очаквани проблеми на пациента с анестезията	<input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> <b>Да, уточни:</b>	
Трудни дихателни пътища	<input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> <b>Налични оборудване/помощ</b>	
Риск от 500мл> кръвозагуба	<input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> <b>Адекватен IV достъп/ течности планирани</b>	
Сестринския екип докладва стерилността на оборудването	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> <b>Не (Докладвай)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Неприложимо</b>
Хирургичното техническо оборудване налично и проверено?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> <b>Не (Докладвай)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Неприложимо</b>
Необходимите импланти осигурени	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> <b>Не (Докладвай)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Неприложимо</b>

**ПРЕДИ КОЖНИЯ РАЗРЕЗ: TIME OUT**

Уточнени задачи и имена на членовете на екипа	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> <b>Не (Уточни)</b>	
Хирургичният екип потвърждава страната на операцията	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> <b>Не (Уточни)</b>	
Хирургичният екип потвърждава оперативната процедура	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> <b>Не (Провери и потвърди)</b>	
Хирургичният екип потвърждава продължителността на интервенцията	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> <b>Не (Провери и потвърди)</b>	
Основни образни изследвания онагледени	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> <b>Не (Изложи)</b> <input type="checkbox"/> <b>Неприложимо</b>	
Проверка на позиционирането на пациента	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> <b>Не (Провери преди да продължиш)</b>	
Почистване на оперативното поле	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> <b>Не (Почисти преди да продължиш)</b>	
Очаквани хирургични проблеми	<input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> <b>Да, уточни</b>	

**ПРЕДИ НАПУСКАНЕ НА ОПЕРАЦИОННАТА: SIGN OUT**

Преброени ли са инструментариум и мек материал?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> <b>Неприложимо</b>	
Правилно ли е етикиран препаратът?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <b>Неприложимо</b>	
Дадени ли са постоперативните назначения?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> <b>Неприложимо</b>	
Проблеми с оборудването за докладване?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> <b>Неприложимо</b>	

**ПОДПИСИ**

Операционна сестра

Анестезиолог

Оператор

**ЗАБЕЛЕЖКИ:**

**СЕСТРИНСКИ ЕКИП:**

Подпис

**АНЕСТИЗИОЛОГ:**

Подпис

**ОПЕРАТОР:**

Подпис