



Patient label

Λίστα ελέγχου της για ασφαλή εγχείρηση

Ημερομηνία:/...../.....

HIV/Ηπατίτιδα

Procedure:

ΕΛΕΓΧΟΣ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ

Έλεγχος ταυτότητας ασθενούς	<input type="checkbox"/> Σωστή	<input type="checkbox"/> Λάθος (Αναφορά)
Έλεγχος συγκατάθεσης	<input type="checkbox"/> Διαθέσιμη	<input type="checkbox"/> Λείπει (Διορθώστε πριν συνεχιστεί η διαδικασία)
Σημείωση της χειρουργικής μεριάς	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι σημειωμένη (Επιβεβαιώστε)
Γνωστές αλλεργίες στον ασθενή	<input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι: <input type="checkbox"/> ΦΑΡΜΑΚΑ <input type="checkbox"/> ΛΑΤΕΞ <input type="checkbox"/> ΑΛΛΕΣ
Αντιθρομβωτική/αντιαιμοπεταλιακή αγωγή	<input type="checkbox"/> Δεν απαιτείται	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι (έκθεση)
Χρειάζεται χορήγηση φαρμάκων;	<input type="checkbox"/> Προφυλακτικά αντιβιοτικά	<input type="checkbox"/> Σχήμα αναπλήρωσης στεροειδών: <input type="checkbox"/> Δεν απαιτείται <input type="checkbox"/> Ναι
Αναφέρθηκε η ταξινόμηση του ασθενούς σύμφωνα με την ASA*	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι (Επιβεβαιώστε πριν προχωρήσετε) *ASA: American Society of Anesthesiologists
Έλεγχος ασφάλειας αναισθησίας	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι (Αναφορά)
Ινοπτικό βρογχοσκόπιο διαθέσιμο	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι (Αναφορά)
Βασικό monitoring	<input type="checkbox"/> ΗΚΓ	<input type="checkbox"/> Παλμική όξυμετρία <input type="checkbox"/> Καпноγραφία <input type="checkbox"/> Αρτηριακή πίεση
Θερμαντικό σύστημα για τον ασθενή	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι (Ενημερώστε)
Προφύλαξη για την εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση	<input type="checkbox"/> Πιεστικές κάλτσες	<input type="checkbox"/> Υποδόρια ηπαρίνη <input type="checkbox"/> Δεν απαιτείται
Προβλέψιμα προβλήματα στην αναισθησία του ασθενούς	<input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι, εξειδικεύστε
Δύσκολος αεραγωγός	<input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Εξοπλισμός/Βοήθεια διαθέσιμη
Κίνδυνος για απώλεια αίματος > 500 ml	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Επαρκείς φλεβικές προσβάσεις/προγραμματισμός υγρών
Η νοσηλευτική ομάδα επιβεβαιώνει την αποστείρωση των υλικών	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Μ.Ε. <input type="checkbox"/> Όχι (Αναφορά)
Χειρουργικός τεχνικός εξοπλισμός διαθέσιμος και ελεγμένος	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Μ.Ε. <input type="checkbox"/> Όχι (Αναφορά)
Απαραίτητα υλικά προθέσεων διαθέσιμα	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Μ.Ε. <input type="checkbox"/> Όχι (Αναφορά)

ΕΛΕΓΧΟΣ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΤΟΜΗ ΣΤΟ ΔΕΡΜΑ

Καταγραφή με ευκρινή τρόπο του ρόλου και των ονομάτων της χειρουργικής ομάδας	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι (Διευκρινίστε)
Η χειρουργική ομάδα επιβεβαιώνει το χειρουργικό πεδίο	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι (Διευκρινίστε)
Η χειρουργική ομάδα επιβεβαιώνει το είδος της επέμβασης	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι (Ελεγχος-επιβεβαίωση)
Η χειρουργική ομάδα επιβεβαιώνει τη διάρκεια της επέμβασης	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι (Ελεγχος-επιβεβαίωση)
Επίδειξη των απαραίτητων απεικονιστικών στοιχείων	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι (Επίδειξτε) <input type="checkbox"/> Δεν απαιτείται
Έλεγχος της σωστής χειρουργικής θέσης	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι (Ελέγξτε πριν προχωρήσετε)
Ασηψία/Αντισηψία του χειρουργικού πεδίου	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι (Προετοιμάστε πριν προχωρήσετε)
Προβλέψιμα χειρουργικά προβλήματα	<input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Ναι (εξειδικεύστε)

ΕΛΕΓΧΟΣ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΑΠΟ ΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ

Ολοκληρώθηκε ο έλεγχος εργαλείων, γαζών, αιχμηρών αντικειμένων;	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Δεν απαιτείται
Έγινε σωστή καταγραφή των δειγμάτων;	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Δεν απαιτείται
Εκτελέστηκαν οι μετεγχειρητικές ιατρικές οδηγίες;	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Δεν απαιτείται
Υπήρχαν προβλήματα με τον εξοπλισμό που πρέπει να αναφερθούν;	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Δεν απαιτείται

ΥΠΟΓΡΑΦΕΣ

Νοσηλευτικό προσωπικό

Αναισθησιολόγος

Κύριος Χειρουργός

ΣΧΟΛΙΑ ΣΤΗΝ ΑΝΑΦΟΡΑ (ΑΝ ΕΙΝΑΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟ)

Νοσηλευτικό προσωπικό:

Υπογραφή

Αναισθησιολόγος

Υπογραφή

Κύριος Χειρουργός

Υπογραφή