



EUROPEAN SOCIETY OF THORACIC SURGEONS  
**ESTS**

Hastanın Etiketi

## ESTS Cerrahi Güvenlik Kontrolü Listesi

Yapılan Cerrahinin Tarihi:...../...../.....

Procedure:

HIV/Hepatitisi

### ANESTESİ BAŞLAMADAN ÖNCE: LÜTFEN DOLDURUN

Hastanın ismi kontrol edildi	<input type="checkbox"/> Doğru	<input type="checkbox"/> <b>YANLIŞ (LÜTFEN BİLDİRİN)</b>
Anlaşılmış Onam Alındı	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> <b>YOK (DEVAM ETMEDEN ALIN)</b>
Cerrahi yapılacak taraf işaretlendi	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> <b>İŞARETLENMEDİ (DOĞRULAYIN)</b> <input type="checkbox"/> Uygulanamaz
Hastanın bilinen bir ALLERJİSİ Var mı?	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet: <input type="checkbox"/> İLAÇLAR <input type="checkbox"/> LATEKS <input type="checkbox"/> DİĞER
Antikoagulan/Antiagregan verildi mi?	<input type="checkbox"/> Uygulanamaz	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> <b>HAYIR (LÜTFEN BİLDİRİN)</b>
Premedikasyon gerekli mi?	Profilaktik Antibiyotik(ler) <input type="checkbox"/>	Steroid replasman tedavisi: Evet <input type="checkbox"/> Uygulanamaz <input type="checkbox"/>
Hastanın ASA skoru hesaplandı mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> <b>HAYIR (DEVAM ETMEDEN DOĞRULAYIN)</b>
Anestezi güvenlik listesi tamam mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> <b>HAYIR (BİLDİRİN)</b>
Fiberoptik Bronkoskop bulunuyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> <b>HAYIR (BİLDİRİN)</b>
Gerekli Monitorizasyon	<input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> Parmak satürasyon cihazı	<input type="checkbox"/> Kapnograf <input type="checkbox"/> Arteriyel Kan Basıncı
Hasta Isıtıcı Sistem	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> <b>HAYIR (BİLDİRİN)</b>
DVT profilaksisi	<input type="checkbox"/> Konpresyonlu (Varis) Çorapları	<input type="checkbox"/> Subkutan heparin <input type="checkbox"/> Uygulanamaz
Hastanın öngörülebilir anestezi problemi	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> <b>EVET, TANIMLAYIN</b>
Zor havayolu	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Cihaz/yardım var
500 ml'den fazla kanama olasılığı	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> <b>Uygun kateter/sivi planlandı</b>
Hemşire ekibi aletlerin sterilliğini doğruladı.	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> <b>HAYIR (BİLDİRİN)</b> <input type="checkbox"/> Uygulanamaz
Cerrahi teknik ekipmanın varlığı onaylandı	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> <b>HAYIR (BİLDİRİN)</b> <input type="checkbox"/> Uygulanamaz
Gerekli implantlar hazır	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> <b>HAYIR (BİLDİRİN)</b> <input type="checkbox"/> Uygulanamaz

### CİLT İNSİZYONUNDAN ÖNCE

Ekibin isim ve görevleri tanımlandı.	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> <b>HAYIR (AÇIKLAYIN)</b>
Cerrahi ekip insizyon yerini doğruladı	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> <b>HAYIR (AÇIKLAYIN)</b>
Cerrahi ekip yapılacak işlemi doğruladı	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> <b>HAYIR (KONTROL EDİN VE DOĞRULAYIN)</b>
Cerrahi ekip ameliyatın süresini doğruladı	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> <b>HAYIR (KONTROL EDİN VE DOĞRULAYIN)</b>
Hastanın gerekli görüntülemeleri görülüyor	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> <b>HAYIR (GÖSTERİN)</b> <input type="checkbox"/> Uygulanamaz
Hastaya verilmesi gereken pozisyon onaylandı	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> <b>HAYIR (DEVAM ETMEDEN ÖNCE KONTROL EDİN)</b>
Cerrahi alan infeksiyon hazırlığı	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> <b>HAYIR (DEVAM ETMEDEN ÖNCE HAZIRLAYIN)</b>
Öngörülebilir cerrahi problem	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> <b>EVET, AÇIKLAYIN</b>

### AMELİYATHANEDEN AYRILMADAN ÖNCE: ÇIKIŞ İŞLEMLERİ

Alet , gaz ve bisturi ucu sayımı tamam mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Uygulanamaz
Cerrahi materyal etiketlenip hazırlandı mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Uygulanamaz
Ameliyat sonrası alınacak ilaçlar yazıldı mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Uygulanamaz
Rapor edilecek bir cihaz problemi var mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Uygulanamaz

### İMZALAR

Hemşire Ekibi

Anestezi Uzmanı

Cerrah (Ekip Başkanı)

BİLDİRİLECEK DURUMLAR(VARSA):

Hemşire Ekibi:

İmza

Anestezi Uzmanı:

İmza

CERRAH (EKİP BAŞI):

İmza