



Kirurški varnostni seznam

1. PRIHOD – pred anestezijo (vsaj anestezijska sestra in anesteziolog)	2. PRED KIRURŠKIM REZOM (z operacijsko sestro, anesteziologom in kirurgom)	3. ODHOD – preden zapustimo operacijsko (z operacijsko sestro, anesteziologom in kirurgom)
Vrsta oprecije <input type="checkbox"/> Načrtovana <input type="checkbox"/> Nenačrtovana Bolnik-ica je potrdil-a ime, priimek, datum rojstva, mesto / stran operacije, vrsto operacije, privolitev na operacijo in anestezijo <input type="checkbox"/> Da Operativno področje označeno. <input type="checkbox"/> Ne, ni potrebno <input type="checkbox"/> Da Predvidena regionalna anestezija? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Preverjen anestezijski aparat in zdravila? <input type="checkbox"/> Da Pulzni oksimeter nameščen in deluje? <input type="checkbox"/> Da Znane alergije? <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da Težka intubacija in / ali aspiracija ter ustrezni ukrepi? <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da Izguba več kot 500ml krvi? <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da, načrtovana dodatna i.v. centralna kanala	Novi člani tima se predstavijo po imenu in vlogi <input type="checkbox"/> Da Kirurg anesteziolog in operacijska sestra ustno potrdijo: <input type="checkbox"/> Bolnikovo ime. <input type="checkbox"/> Vrsto operacije. <input type="checkbox"/> Mesto / stran operacije. Antibiotična profilaksa v zadnjih 60-ih minutah? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ni potrebna Pričakovani kritični dogodki Kirurg: <input type="checkbox"/> Kritični ali nerutinski koraki med operacijo? <input type="checkbox"/> Trajanje operacije? <input type="checkbox"/> Pričakovana izguba krvi? <input type="checkbox"/> Potrebna posebna oprema? Anesteziolog: <input type="checkbox"/> Bolnikovi dejavniki tveganja? Operacijska sestra: <input type="checkbox"/> Potrjena sterilnost inštrumentov. <input type="checkbox"/> Posebnosti pri opremi in inštrumenti? Slikovno gradivo / izvidi na razpolago. <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ni potrebno	Sestra ustno potrdi: <input type="checkbox"/> Pravilno zapisan tip operacije. <input type="checkbox"/> Potrjeno točno število inštrumentov in operativnega materiala. <input type="checkbox"/> Označitev preparatov (prebere ime pacienta in označene preparate) <input type="checkbox"/> Prepoznane in opozorjene težave z opremo. Ime in priimek (tiskano) Podpis Kirurg in anesteziolog: <input type="checkbox"/> Podata ključna navodila glede pooperativne oskrbe bolnika. Opombe: Datum:/...../.....



Ime in priimek (tiskano) Podpis	Ime in priimek (tiskano) Podpis	Ime in priimek (tiskano) Podpis
---	---	--

Operacijska Št.

ID Nalepka