

OKOŁOOPERACYJNA KARTA KONTROLNA

ADAPTACJA WHO SURGICAL SAFETY CHECKLIST



Przed znieczuleniem

ROZPOCZĘCIE

Zabieg: ☐ planowy ☐ przyspieszony
☐ nagły-natychmiast. ☐ pilny

☐ Potwierdzono:

- tożsamość pacjenta
- miejsce operowane
- procedurę operacyjną
- zgodę na zabieg operacyjny
- rodzaj znieczulenia

Oznaczono miejsce operowane

☐ Tak ☐ Nie

☐ Oceniono bezpieczeństwo przebiegu znieczulenia

☐ Zapewniono monitorowanie:

- EKG*
- pulsoksymetrii
- ciśnienia tętniczego krwi*
- kapnometrii*

Alergie:

☐ Tak (jakie?.....) ☐ Nie

Przewidywane trudności w utrzymaniu drożności dróg oddechowych / ryzyko aspiracji treści żołądkowej do płuc

☐ Tak i zapewniono właściwy sprzęt
☐ Nie

Ryzyko krwawienia: >500 ml u dorosłych
>7ml/kg m.c. u dzieci

☐ Tak, zabezpieczono płyny i preparaty krwiotwórcze
☐ Nie

IMIĘ:

NAZWISKO:

DATA OPERACJI:

ODDZIAŁ / KS.GŁ:

DANE PACJENTA

Przed nacięciem

ODLICZANIE

Wszyscy członkowie zespołu operacyjnego znają wzajemnie swoją tożsamość i funkcje

☐ Tak ☐ Nie

jeśli nie - wszyscy członkowie zespołu operacyjnego dokonują prezentacji

☐ Tak ☐ Nie

☐ Operator, anestezjolog, pielęgniarka anest. i operacyjna potwierdzili: tożsamość pacjenta, miejsce operowane, procedurę operacyjną

☐ Właściwe ułożenie pacjenta

☐ Pielęgniarka operacyjna: właściwy zestaw narzędzi

Określono możliwe odstępstwa od zaplanowanej procedury operacyjnej tj.: zmiana typu/techniki operacji, wydłużenie czasu operacji, zmiana rodzaju znieczulenia, oczekiwana utrata krwi, uzupełnienie, zmiana zestawu narzędzi, itp.

ze strony operatora

☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy

ze strony anestezjologa

☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy

ze strony pielęgniarki operacyjnej

☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy

Zastosowano i udokumentowano okołoooperacyjną profilaktykę antybiotykową do 60 min. przed operacją

☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy

Zastosowano profilaktykę przeciwzakrzepową*

☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy

Kiedy? Data / godzina

Przygotowano wyniki badań obrazowych

☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy

STOP!

PYTANIA? WĄTPLIWOŚCI?

Zanim pacjent opuści blok operacyjny

ZAKOŃCZENIE

Pielęgniarka operacyjna i zespół potwierdzają ustnie:

☐ nazwę procedury wykonanej

☐ zgodność liczby użytych narzędzi i materiałów

Oznaczono materiał pobrany do badań

☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy

Wystąpiły powikłania w trakcie operacji*

☐ Tak ☐ Nie

Wystąpiły problemy ze sprzętem lub trudności techniczne

☐ Tak ☐ Nie

Operator i anestezjolog określili ewentualne problemy związane z przebiegiem pooperacyjnym

☐ Tak ☐ Nie

Wypisano zlecenia pooperacyjne*

ze strony operatora

☐ Tak ☐ Nie

ze strony anestezjologa

☐ Tak ☐ Nie

Udokumentowano ocenę stanu pacjenta przed przekazaniem z bloku operacyjnego do oddziału albo sali pooperacyjnej*

☐ Tak ☐ Nie

Podpis Koordynatora Karty