



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
AH.LS.01	OCAK 2024	0	0	1

HASTANIN ADI-SOYADI:	TARİH:	SAAT:
AMELİYAT BÖLGESİ:		

I. KLİNİKTEN AYRILMADAN ÖNCE

1. Hastanın;
 Kimlik Bilgileri
 Ameliyatı
 Ameliyat Bölgesi doğrulandı.

2. Hasta ameliyata yönelik rızasını teyit etti mi?
 Evet Hayır.....

3. Hasta aç mı?
 Evet Hayır.....

4. Ameliyat bölgesi traş yapıldı mı?
 Evet Hayır Gerekli değil.....

5. Hastada makyaj/oje, protez, değerli eşya var mı?
 Evet Hayır.....

6. Hastanın kıyafetleri tümüyle çıkarılıp ameliyat önlüğü ve binesi giydirildi mi?
 Evet Hayır.....

7. Ameliyat için gerekli olacak özel malzeme, implant, kemik grefti vb. temin edildi mi?
 Evet Hayır.....

8. Hastanın gerekli laboratuvar ve radyoloji ve tetkikleri ile konsültasyon sonuçları mevcut mu?
 Evet

Liste Sorumlusu: Ad-Soyad, İmza

II. ANESTEZİ VERİLMEDEN ÖNCE

9. Hastanın kendisinden
 Kimlik bilgileri
 Ameliyatı
 Ameliyat Bölgesi
 Ameliyatı ile ilgili rızası doğrulandı mı?

10. Ameliyat bölgesinde işaretleme var mı?
 Var İşaretlenme Uygulanamaz.

55 54 53 52 51	61 62 63 64 65
18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38
85 84 83 82 81	71 72 73 74 75

11. Anestezi Güvenlik Kontrol Listesi tamamlandı mı?
 Evet

12. Pulse oksimetre hasta üzerinde ve çalışıyor mu?
 Evet
 Hastanın Risk Değerlendirmesi

13. Hastanın bilinen bir alerjisi var mı?
 Yok Var

14. Gerekli görüntüleme cihazları var mı?
 Yok Var
 Gerekli değil.

15. Hastada kan kaybı riski var mı?
 Yok
 Var; uygun damar yolu erişimi, sıvı ve kanama durdurucu ajanlar temin edildi.

Liste Sorumlusu: Ad-Soyad, İmza

III. AMELİYAT KESİSİNDEN ÖNCE

16. Ekipteki kişiler kendilerini ad, soyad ve görevleri ile tanıttı mı?
 Evet

17. Ekipten bir kişi sesli olarak hastanın kimliğini, yapılan ameliyatı, ameliyat bölgesini teyit etti mi?
 Evet

18. Kritik olaylar gözden geçirildi mi?
 Tahmini ameliyat süresi
 Beklenen kan kaybı
 Ameliyat sırasında gerçekleşebilecek beklenmedik olaylar.
 Olası anestezi riskleri
 Hastanın pozisyonu

19. Profilaktik antibiyotik sorgulandı mı?
 Kesiden önceki son 60 dakika içerisinde uygulandı.
 Kullanılmaz

20. Kullanılacak malzemeler hazır mı?
 Evet
 Hayır

21. Malzemelerin sterilizasyonu uygun mu?
 Evet
 Hayır

22. Kan şekeri kontrolü gerekli mi?
 Evet
 Hayır

23. Antikoagülan kullanımı var mı?
 Evet
 Hayır

Liste Sorumlusu: Ad-Soyad, İmza

IV. AMELİYATTAN ÇIKMADAN ÖNCE

24. Gerçekleştirilen ameliyat için sözlü olarak;
 Hasta,
 Yapılan ameliyat
 Ameliyat bölgesi, teyit edildi.

25. Alet, spanç, kompres ve iğne sayımları yapıldı mı?
 Evet/Tam Hayır Sayım Uygulanmaz

26. Hastadan alınan numune etiketinde;
 Hastanın adı doğru yazılı
 Numunenin alındığı bölge yazılı

27. Ameliyat sonrası kritik gereksinimler gözden geçirildi mi?
 Anestezistin Önerileri:

Cerrahin Önerileri:

28. Hastanın ameliyat sonrası gideceği bölüm teyit edildi mi?
 Evet

Liste Sorumlusu: Ad-Soyad, İmza

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN