

Protokol No:

Adı Soyadı :

Cinsiyet : () Erkek () Kadın

Klinik :

Tarih: ___/___/___ **Saat:** ___/___

Cerrahin Doğrulaması:

Uygulanacak Cerrahi İşlem:

Operasyon Bilgilerini Uygun Alanlara İşaretleyiniz.

1. Aşağıdakileri gözden geçirerek cerrahi girişimin uygulanacağı bölge ve tarafı doğruladım ve silinmez mürekkeple hastanın cerrahi bölgesini işaretledim.

- Fizik muayene.
- Radyolojik (eğer gerekli görülerek yapılmış ise) tetkiklerin incelenmesi.
- Bilgilendirilmiş onam.
- Hasta veya yakınına cerrahi girişimin uygulanacağı taraf ve bölgenin onaylatılması.

Operasyon Bilgilerini Uygun Alanlara İşaretleyiniz.

SAĞ: ()

SOL: ()

Çok Parçalı Yapı

(Ör. El / ayak parmakları)

Seviye

(Ör. Vertebraf spinal)

Tarih: ___/___/___

Cerrahin Adı Soyadı:

İmza:

Anestezistin Doğrulaması

1.Aşağıdakileri gözden geçirerek cerrahi bölge ve tarafı doğruladım

- Klinik muayene
- Tıbbi kayıt ve (eğer uygulanmışsa) radyolojik tetkik raporlarının gözden geçirilmesi
- Cerrahi girişim uygulanacağı bölgeye cerrah tarafından konan işaretin doğrulanması
- Hasta ve / veya yakınına cerrahi girişimin uygulanacağı taraf ve bölgenin onaylatılması

Operasyon Bilgilerini Uygun Alanlara İşaretleyiniz.

SAĞ: ()

SOL: ()

Çok Parçalı Yapı

(Ör. El / ayak parmakları)

Seviye

(Ör. Vertebraf spinal)

Tarih: ___/___/___

Anestezistin Adı Soyadı:

İmza:

Anestezistin Doğrulaması

1.Aşağıdakileri gözden geçirerek cerrahi bölge ve tarafı doğruladım.

- Ameliyat Listesi
- Bilgilendirilmiş Onam Formu
- Hasta ve / veya yakınına cerrahi girişimin uygulanacağı taraf ve bölgenin onaylatılması
- Hemşirelik Bakım Planı Formu
- Preoperatif Hekim Notu
- Cerrahi girişim uygulanacağı bölgeye cerrah tarafından konan işaretin doğrulanması

Operasyon Bilgilerini Uygun Alanlara İşaretleyiniz.

Tarih: ___/___/___

Hemsirenin Adı Soyadı:

İmza:

Son Kontrol:

Mola Süreci:

Mola Süreci Yerine Getirilmiştir:

Şahit

Adı Soyadı:

İmza :