

Przed znieczuleniem



Przed nacięciem



Zanim pacjent opuści blok operacyjny

ROZPOCZĘCIE

Zabieg: planowy
 nagły

- 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 krwiopochodne
 Nie

DANE PACJENTA

IMIĘ:
NAZWISKO:
DATA ZABIEGU: / /
ODDZIAŁ / KS.GŁ.:

ODLICZANIE

Nowa osoba w zespole operacyjnym
 Tak Nie

jeśli tak:

Wszyscy członkowie zespołu operacyjnego dokonują prezentacji
 Tak Nie

Chirurg, 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 zabiegu, zmiana rodzaju znieczulenia, oczekiwana utrata krwi, uzupełnienie, zmiana zestawu narzędzi, itp.

ze strony chirurga
 Tak Nie Nie dotyczy

ze strony anestezjologa

Tak Nie Nie dotyczy

ze strony pielęgniarki operacyjnej

Tak Nie Nie dotyczy

Zastosowano i udokumentowano okołoperacyjną profilaktykę antybiotykową do 60 min. przed zabiegiem

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?

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 zabiegu*
 Tak Nie

Wystąpiły problemy ze sprzętem lub trudności techniczne
 Tak Nie

Chirurg i anestezjolog określili ewentualne problemy związane z przebiegiem pooperacyjnym
 Tak Nie

Wypisano zlecenia pooperacyjne*

ze strony chirurga
 Tak Nie

ze strony anestezjologa
 Tak Nie

Udokumentowano ocenę stanu pacjenta przed przekazaniem z bloku operacyjnego do oddziału / sali pooperacyjnej*
 Tak Nie

Podpis Koordynatora Karty