

OKOŁOOPERACYJNA KARTA KONTROLNA

ADAPTACJA WHO SURGICAL SAFETY CHECKLIST

Przed znieczuleniem

ROZPOCZĘCIE	
Zabieg:	<input type="checkbox"/> planowy <input type="checkbox"/> nagły-natychmiast.
	<input type="checkbox"/> przyspieszony <input type="checkbox"/> pilny
<input type="checkbox"/> Potwierdzono:	<ul style="list-style-type: none"> • tożsamość pacjenta • miejsce operowane • procedurę operacyjną • zgodę na zabieg operacyjny • rodzaj znieczulenia
Oznaczono miejsce operowane	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<input type="checkbox"/> Oceniono bezpieczeństwo przebiegu znieczulenia	
<input type="checkbox"/> Zapewniono monitorowanie:	<ul style="list-style-type: none"> • EKG* • pulsoksymetrii • ciśnienia tętniczego krwi* • kapnometrii*
Alergie:	<input type="checkbox"/> Tak (jakie?.....) <input type="checkbox"/> Nie
Przewidywane trudności w utrzymaniu drożności dróg oddechowych / ryzyko aspiracji treści żołądkowej do płuc	<input type="checkbox"/> Tak i zapewniono właściwy sprzęt <input type="checkbox"/> Nie
Ryzyko krwawienia: >500 ml u dorosłych >7ml/kg m.c. u dzieci	<input type="checkbox"/> Tak, zabezpieczono płyny i preparaty krwio pochodne <input type="checkbox"/> Nie
DANE PACJENTA	
IMIĘ:	<input type="text"/>
NAZWISKO:	<input type="text"/>
DATA OPERACJI:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
ODDZIAŁ / KS.GŁ:	<input type="text"/>

Przed nacięciem

ODLICZANIE
Wszyscy członkowie zespołu operacyjnego znają wzajemnie swoją tożsamość i funkcje <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie jeśli nie - wszyscy członkowie zespołu operacyjnego dokonują prezentacji <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<input type="checkbox"/> Operator, anestezjolog, pielęgniarka anest. i operacyjna potwierdzili: tożsamość pacjenta, miejsce operowane, procedurę operacyjną <input type="checkbox"/> Właściwe ułożenie pacjenta <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy ze strony anestezjologa <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy ze strony pielęgniarki operacyjnej <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Zastosowano i udokumentowano okołoperacyjną profilaktykę antybiotykową do 60 min. przed operacją <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Zastosowano profilaktykę przeciwzakrzepową* <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy Kiedy? Data / godzina <input type="text"/>
Przygotowano wyniki badań obrazowych <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
STOP! PYTANIA? WĄTPLIWOŚCI?

Zanim pacjent opuści blok operacyjny

ZAKOŃCZENIE
Pielęgniarka operacyjna i zespół potwierdzają ustnie: <input type="checkbox"/> nazwę procedury wykonanej <input type="checkbox"/> zgodność liczby użytych narzędzi i materiałów
Oznaczono materiał pobrany do badań <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Wystąpiły powikłania w trakcie operacji* <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Wystąpiły problemy ze sprzętem lub trudności techniczne <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Operator i anestezjolog określili ewentualne problemy związane z przebiegiem pooperacyjnym <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Wypisano zlecenia pooperacyjne* ze strony operatora <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie ze strony anestezjologa <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Udokumentowano ocenę stanu pacjenta przed przekazaniem z bloku operacyjnego do oddziału albo sali pooperacyjnej* <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<div> <input type="text"/> <small>pieczęć podpis koordynatora karty</small> </div> <div> <input type="text"/> <small>pieczęć podpis operatora</small> </div>