

<div>Nazwisko</div> <div>Imię</div> <div>PESEL</div> <div>Miejsce na naklejkę z danymi pacjenta</div>	<div>Uniwersyteckie Centrum Okulistyki i Onkologii</div> <div>Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny</div> <div>Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach</div>		<div>Oddział :</div> <div>FM</div> <div>71</div>
	Wydanie: 1	<div>OKOŁOOPERACYJNA</div> <div>KARTA KONTROLNA</div>	
	Obowiązuje od: 1-06-2013		

PRZED ZNIECZULENIEM	PRZED NACIĘCIEM	ZANIM PACJENT OPUŚCI BLOK
ROZPOCZĘCIE	ODLICZANIE	ZAKOŃCZENIE
<div>Zabieg: <input type="checkbox"/> planowy, <input type="checkbox"/> nagły</div> <div> <input type="checkbox"/> Potwierdzono: <ul style="list-style-type: none"> tożsamość pacjenta miejsce operowane procedurę operacyjną zgodę na zabieg chirurgiczny rodzaj znieczulenia </div> <div> Oznaczono miejsce operowane: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie </div> <div> <input type="checkbox"/> oceniono bezpieczeństwo przebiegu znieczulenia </div> <div> <input type="checkbox"/> Zapewniono monitorowanie: <ul style="list-style-type: none"> EKG pulsoksymetrii ciśnienia tętniczego krwi kapnometrii tlenoterapii biernej </div> <div> Uczulenie na leki: <input type="checkbox"/> tak (jakie?) _____, <input type="checkbox"/> nie </div> <div> 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 </div> <div> Ryzyko krwawienia: > 500 ml u dorosłych > 7 ml/kg m. c. u dzieci <input type="checkbox"/> tak, zabezpieczono płyny i preparaty krwiotopoczne <input type="checkbox"/> nie </div>	<div> Nowa osoba w zespole operacyjnym: <input type="checkbox"/> tak, <input type="checkbox"/> nie Jeśli tak: _____ <div>Imię i nazwisko</div> </div> <div> Wszyscy członkowie zespołu operacyjnego dokonują prezentacji: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie </div> <div> <input type="checkbox"/> Chirurg, anestezjolog, pielęgniarka anestezjologiczna i operacyjna potwierdzili: tożsamość pacjenta, miejsce operowane, procedurę operacyjną <input type="checkbox"/> właściwe ułożenie pacjenta <input type="checkbox"/> Pielęgniarka operacyjna: właściwy zestaw narzędzi </div> <div> Określono możliwe odstępstwa od zaplanowanej procedury operacyjnej, tj.: zmiana techniki operacji, wydłużenie czasu zabiegu, zmiana rodzaju znieczulenia, oczekiwana utrata krwi, uzupełnienia, zmiana zestawu narzędzi, itp. Ze strony chirurga: <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 </div> <div> Zastosowano i udokumentowano okołooperacyjną profilaktykę antybiotykową przed zabiegiem: <input type="checkbox"/> tak, <input type="checkbox"/> nie, <input type="checkbox"/> nie dotyczy </div> <div> Zastosowano profilaktykę przeciwzakrzepową: <input type="checkbox"/> tak, <input type="checkbox"/> nie, <input type="checkbox"/> nie dotyczy Kiedy? Data/godzina _____ </div> <div> Przygotowano wyniki badań obrazowych: <input type="checkbox"/> tak, <input type="checkbox"/> nie, <input type="checkbox"/> nie dotyczy </div>	<div> Pielęgniarka operacyjna i zespół potwierdzają ustnie: <input type="checkbox"/> nazwę procedury wykonanej <input type="checkbox"/> zgodność liczby użytych narzędzi i materiałów </div> <div> Oznaczono pobrany materiał do badań: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy </div> <div> Czy nastąpiła zmiana techniki operacyjnej? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie </div> <div> Wystąpiły problemy ze sprzętem lub trudności techniczne: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie </div> <div> Chirurg i anestezjolog określili ewentualne problemy związane z przebiegiem pooperacyjnym: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie </div> <div> Wypisano zlecenia pooperacyjne: Ze strony chirurga: <input type="checkbox"/> tak, <input type="checkbox"/> nie Ze strony anestezjologa: <input type="checkbox"/> tak, <input type="checkbox"/> nie </div> <div> Udokumentowano ocenę stanu pacjenta przed przekazaniem z bloku operacyjnego do oddziału/Sali pooperacyjnej: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie </div> <div> <div>_____</div> <div>data zabiegu i podpis Koordynatora karty</div> <div>Kopiuwanie i rozpowszechnianie bez uzyskania wymaganej zgody ZABRONIONE</div> </div>