



## KARTA KONTROLI PRZYGOTOWANIA PACJENTA DO ZABIEGU OPERACYJNEGO

Nazwisko, Imię ..... PESEL .....

Rozpoznanie .....

**1. Pacjent posiada identyfikator**

☐ TAK ☐ NIE

**2. Przygotowanie przewodu pokarmowego**

☐ na czczo ☐ lewatywa ☐ czopek ☐ inne.....

**3. Kąpiel pacjenta**

☐ rano ☐ wieczorem

Użyty preparat do kąpieli

☐ TAK (nazwa) ..... ☐ NIE

**4. Depilacja pola operacyjnego**

☐ w przeddzień zabiegu

☐ w dniu zabiegu

☐ w szpitalu

☐ w domu

☐ strzygarka

☐ golarka

☐ żyletka

☐ inne.....

**5. Toaleta jamy ustnej**

☐ TAK

☐ NIE

**6. Bandażowanie nóg**

☐ TAK

☐ NIE

**7. Pacjent zacewnikowany**

☐ TAK

☐ NIE

**8. Pacjent posiada**

protezy zębowe

☐ TAK

☐ NIE

mostki zębowe

☐ TAK

☐ NIE

szkła kontaktowe

☐ TAK

☐ NIE

okulary

☐ TAK

☐ NIE

aparat słuchowy

☐ TAK ( ☐prawy, ☐lewy, ☐wewnętrzny, ☐zewewnętrzny)

☐ NIE

☐ inne .....

**9. Pacjent posiada**

makijaż

☐ TAK

☐ NIE

spinki we włosach

☐ TAK

☐ NIE

biżuterię

☐ TAK

☐ NIE

obrączkę

☐ TAK

☐ NIE

lakier na paznokciach

☐ TAK

☐ NIE

tipsy

☐ TAK

☐ NIE

**10. Zmiany skórne**

☐ TAK (jakie?) ..... ☐ NIE

zabezpieczone

☐ TAK

☐ NIE

**11. Bielizna**

Koszula operacyjna pacjenta czysta

☐ TAK

☐ NIE

Bielizna pościelowa czysta

☐ TAK

☐ NIE

.....  
podpis pielęgniarki przygotowującej pacjenta

.....  
podpis pielęgniarki przyjmującej pacjenta