

<div>Nazwisko</div> <div>Imię</div> <div>PESEL</div> <div>Miejsce na naklejkę z danymi pacjenta</div>	<div>Data zabiegu operacyjnego:</div>	<div>OKULISTYCZNA</div> <div>OKOŁOOPERACYJNA</div> <div>KARTA KONTROLNA</div>	<div>Oddział:</div> <div>ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ w OŁAWIE</div> <div>55-200 Oława, ul. K. Baczyńskiego 1</div> <div>ODDZIAŁ OKULISTYCZNY – JEDNODNIOWY</div> <div>tel. 71 301 13 95</div>
<div>PRZED ZNIECZULENIEM</div>	<div>PRZED OPERACJĄ</div>	<div>ZANIM PACJENT OPUŚCI BLOK</div>	
<div>ROZPOCZĘCIE</div>	<div>PRZYGOTOWANIE</div>	<div>ZAKOŃCZENIE</div>	
<div><div>Zabieg: <input type="checkbox"/> planowy, <input type="checkbox"/> nagły</div><div><input type="checkbox"/>Potwierdzono:</div><div><div>•tożsamość pacjenta</div><div>•miejsce operowane</div><div>•procedurę operacyjną</div><div>•zgodę na zabieg chirurgiczny</div><div>•rodzaj znieczulenia</div></div></div> <div><div>Oznaczono miejsce operowane:</div><div><input type="checkbox"/> tak</div><div><input type="checkbox"/> nie</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> oceniono bezpieczeństwo przebiegu znieczulenia</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> Zapewniono monitorowanie:</div><div><div>•EKG</div><div>•pulsoksymetrii</div><div>•ciśnienia tętniczego krwi</div><div>•kapnometrii</div><div>•tlenoterapii biernej</div></div></div> <div><div>Alergie:</div><div><input type="checkbox"/> tak (jakie?)</div><div><input type="checkbox"/> nie</div></div> <div><div>Przewidywane trudności w utrzymaniu drożności dróg oddechowych/ryzyko aspiracji treści żołądkowej do płuc:</div><div><input type="checkbox"/> tak i zapewniono właściwy sprzęt,</div><div><input type="checkbox"/> nie</div></div> <div><div>Ryzyko krwawienia: > 500ml u dorosłych</div><div>> 7 ml/kg m. c. u dzieci</div><div><input type="checkbox"/>tak, zabezpieczono płyny i preparaty krwio pochodne</div><div><input type="checkbox"/> nie</div></div>	<div><div>Nowa osoba w zespole operacyjnym: <input type="checkbox"/>tak, <input type="checkbox"/> nie</div><div>Jeśli tak: Imię i nazwisko</div><div>Wszyscy członkowie zespołu operacyjnego dokonują prezentacji:</div><div><div>↗ tak</div><div>↗ nie</div></div><div><div><input type="checkbox"/> Chirurg, anestezjolog, pielęgniarka anestezjologiczna i operacyjna potwierdzili: tożsamość pacjenta, miejsce operowane, procedurę operacyjną</div><div><input type="checkbox"/> właściwe ułożenie pacjenta</div><div><input type="checkbox"/> Pielęgniarka operacyjna: właściwy zestaw narzędzi</div><div><input type="checkbox"/> Dane techniczne implantu ↗ tak ↗ nie ↗ nie dotyczy</div></div><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.</div><div>Ze strony chirurga: <input type="checkbox"/> tak, <input type="checkbox"/> nie</div><div>Ze strony anestezjologia: <input type="checkbox"/> tak, <input type="checkbox"/> nie</div><div>Zastosowano i udokumentowano okołooperacyjną profilaktykę antybiotykową do 60 min przed zabiegiem: <input type="checkbox"/> tak, <input type="checkbox"/> nie, <input type="checkbox"/> nie dotyczy</div><div>w trakcie operacji: <input type="checkbox"/> tak, <input type="checkbox"/> nie</div><div>Zastosowano profilaktykę przeciwzakrzepową: <input type="checkbox"/> tak, <input type="checkbox"/> nie, <input type="checkbox"/> nie dotyczy</div><div>Kiedy? Data/godzina</div><div>Przygotowano wyniki badań obrazowych: <input type="checkbox"/> tak, <input type="checkbox"/> nie, <input type="checkbox"/> nie dotyczy</div></div></div>	<div><div>Pielęgniarka operacyjna i zespół potwierdzają ustnie:</div><div><input type="checkbox"/> nazwę procedury wykonanej</div><div><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>Wystąpiły powikłania podczas zabiegu: <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 określi 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</div><div>Ze strony anestezjologia: <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>Podpis koordynatora karty</div></div>	