



DATA ZABIEGU:

Pesel:

DATA ZABIEGU:

PRZED ZNIECZULENIEM

Oznaczono miejsce operowane:

☐ Zapewniono monitorowanie:

Alergie:
☐ TAK (jakie?)
☐ NIE

Przewidywane trudności w utrzymaniu drożności dróg oddechowych / ryzyko aspiracji treści żołądkowej do płuc:

☐ TAK / zapewniono właściwy sprzęt

☐ NIE

Ryzyko krwawienia: > 500 ml u dorosłych
> 7 ml/kg m. c. u dzieci

☐ TAK zabezpieczono płyny i preparaty
krwiopochodne

☐ NIE

PRZED NACIECIEM ▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲

Nowa osoba w zespole operacyjnym: ☐ TAK ☐ NIE Jeśli tak: ☐ TAK ☐ NIE

Wszyscy członkowie zespołu operacyjnego dokonują prezentacji: ☐ TAK ☐ NIE

☐ Chirurg, anesteziolog, 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 tj.: zmiana typu/techniki operacji, wydłużenie czasu zabiegu, zmiana rodzaju znieczulenia, oczekiwana utrata krwi, uzupełnienie, zmiana zestawu narzędzi, itp.

☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE dotyczy
☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE dotyczy
☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE dotyczy

Zastosowano i udokumentowano okolooperacyjną profilaktykę antybiotykową

☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE dotyczy

Zastosowano profilaktykę przeciwnakrzepową*

☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE dotyczy

Uwagi? Data i godzina:

Przygotowano wyniki badań obrazowych

☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE dotyczy

ZANIM PACJENT OPUŚCI BLOK OPERACYJNY

Pielęgniarka operacyjna i zespół potwierdzają ustnie:

☐ nazwę procedury wykonanej

☐ zgodność liczby zużytych narzędzi i materiałów

Oznaczono materiał pobrany do badań:

☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE dotyczy

Wystąpiły powikłania w trakcie zabiegu:
ze strony chirurga

	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

ze strony anesteziologa

[illegible]

Chirurg i anesteziolog określili ewentualne problemy związane z przebiegiem pooperacyjnym:

<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
ze strony chirurga	
<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
ze strony anestezjologa	

Wypisano zlecenia pooperacyjne*
ze strony chirurga ☐ TAK ☐ NIE
ze strony anestezjologa

<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<p>Udokumentowano ocenę stanu pacjenta przed przekazaniem z bloku operacyjnego do oddziału / Sali pooperacyjnej*</p>	
<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

(podpis i pieczęć lekarza znieczulającego)

(podpis i pieczęć lekarza operującego)

(podpis i pieczęć koordynatora karty)