



DOTAZNÍK ESTS O BEZPEČNOSTI CHIRURGICKÉHO ZÁKROKU

Op.výkon:

Dátum operácie:...../...../.....

HIV/Hepatitis

PRED ÚVODOM DO ANESTÉZIE:

Overenie identity pacienta	<input type="checkbox"/> Správna	<input type="checkbox"/> NESPRÁVNA (nahlásiť)
Podpísaný informovaný súhlas	<input type="checkbox"/> Prítomný	<input type="checkbox"/> CHÝBAJÚCI (napraviť pred pokračovaním v zákroku)
Strana operácie označená	<input type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Neoznačená (overiť si) <input type="checkbox"/> N.A.
Známe ALERGIE u pacienta ?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno: <input type="checkbox"/> lieky <input type="checkbox"/> LATEX <input type="checkbox"/> iné
Úprava / podanie antikoagulačnej / antiagregačnej liečby ?	<input type="checkbox"/> N.A. <input type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Nie (nahlásiť)
Potreba premedikácie ?	<input type="checkbox"/> ATB profylaxia	Hormonálna terapia: <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> N.A.
Stanovené ASA ?	<input type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Nie (overiť si pred pokračovaním v zákroku)
Kontrola bezpečnosti anestézy vykonaná	<input type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Nie (nahlásiť)
Dostupnosť BSC ?	<input type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Nie (nahlásiť)
Základný monitoring	<input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> Pulzoxymetria	<input type="checkbox"/> Kapnografia <input type="checkbox"/> ABP
Ohrievací systém pacienta	<input type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Nie (nahlásiť)
Profylaxia HŽT	<input type="checkbox"/> Kompresívne pančuchy	<input type="checkbox"/> LMWH <input type="checkbox"/> N.A.
Predvídateľné problémy pacienta počas anestézie	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno, presnejšie:
Obťažná intubácia	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> technické vybavenie/asistencia dostupné
Riziko straty viac ako 500ml krvi	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> adekvátne i.v. vstupy/ tekutiny zaistené
Sesterský personál potvrdzuje sterilitu nástrojov	<input type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Nie (nahlásiť) <input type="checkbox"/> N.A.
Chirurgická technika a nástroje dostupné a skontrolované	<input type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Nie (nahlásiť) <input type="checkbox"/> N.A.
Nevyhnutné implantáty v zálohe	<input type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Nie (nahlásiť) <input type="checkbox"/> N.A.

PRED INCÍZIOU KOŽE:

Členovia operačného tímu a ich úlohy sú stanovené	<input type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Nie (špecifikuj)
Operačný tím potvrdzuje miesto chirurg. zákroku	<input type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Nie (špecifikuj)
Operačný tím potvrdzuje chirurgický zákrok	<input type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Nie
Operačný tím potvrdzuje odhadovaný čas zákroku	<input type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Nie
Zobrazená základná obrazová dokumentácia	<input type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Nie (dodať) <input type="checkbox"/> N.A.
Správna chirurgická poloha pacienta overená	<input type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Nie (napraviť)
Antiseptická príprava op.pola	<input type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Nie (napraviť)
Predvídateľné / očakávané chirurgické komplikácie	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno, špecifikuj

PRED ODCHODOM Z OPERAČNEJ SÁLY:

Počet rúšok, inštrumentov, ihiel súhlasí	<input type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> N.A.
Boli odobraté vzorky správne označené ?	<input type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> N.A.
Pooperačné ordinácie odovzdané ?	<input type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> N.A.
Vyskytli sa technické problémy počas zákroku, aké ?	<input type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> N.A.

PODPISY

sesterský tím

anestéza

operatér

HLÁSENIE (AK JE POTREBNÉ) :

SESTRY :

Podpis

ANESTEZIOLÓG:

podpis

OPERATÉR:

podpis