

Пред вовед во анестезија (најмалку анестезиолог и анестетичар)	Пред засечување на кожата (одговорни хирург, анестезиолог и инструментарка)	Пред пациентот да ја напушти хируршката сала (одговорни хирург, анестезиолог и инструментарка)
Прием во ОП блок	Time out	Излегување од ОП блок
<p><input type="checkbox"/> Пациентот го потврди</p> <ul style="list-style-type: none"> - Својот идентитет <input type="text"/> - Местото на операција (иницијали) - Процедурата/операција - Дадена писмена согласност <hr/> <p><input type="checkbox"/> Местото обележано <input type="checkbox"/> Неапликативно</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Комплетирана анестезиолошка сигурносна check листа</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Поставен пулс оксиметар на пациентот и функционира</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Поставен функционален капнограф</p> <hr/> <p>Дали пациентот има:</p> <p>Позната алергија</p> <p><input type="checkbox"/> Не</p> <p><input type="checkbox"/> Да</p> <p>Ризик од отежната вентилација/интубација/аспирација?</p> <p><input type="checkbox"/> Не</p> <p><input type="checkbox"/> Да, и опремата/асистенцијата е на располагање</p> <p>Ризик од загуба на крв > 500ml (7ml/kg кај децата)?</p> <p><input type="checkbox"/> Не</p> <p><input type="checkbox"/> Да, со планиран адекватен интравенски пристап и течности</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ZIV линии <input type="checkbox"/> CVK 	<p><input type="checkbox"/> Сите членови од тимот потврдуваат дека се запознаени меѓусебно по име и улога</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Хирургот, анестезиологот и сестрата вербално го потврдуваат</p> <ul style="list-style-type: none"> - Името на пациентот - Положбата на пациентот - Местото на инцизијата - Оперативната процедура <hr/> <p>Очекувани критични хируршки случувања</p> <p>Хируршки проверки</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Кои се критични или неочекувани чекори?</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Времетраење на операцијата</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Очекувана загуба на крв</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Присутна вербална комуникација помеѓу тимовите</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Испочитувано движење и принципи на стерилност од персоналот во опер. сала</p> <p>Проверки на анестезиолошкиот тим</p> <p><input type="checkbox"/> Дали има некои специфични ризици и појави кај пациентот</p> <p><input type="checkbox"/> Вид на анестезија</p> <p>Проверки на сестринскиот тим</p> <p><input type="checkbox"/> Дали стерилноста е потврдена (вклучувајќи ги и резултатите на индикаторот)?</p> <p><input type="checkbox"/> Дали има прашања врзани за исправноста и комплетноста на опремата и инструментите?</p> <hr/> <p>Дали е дадена антибиотска профилакса во последните 60 минути?</p> <p><input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Да</p> <p>Дали се прикажани на негативоскопот/РС сите битни снимки (rtg, ct, mr etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Не</p> <p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Неапликативно</p>	<p>Сестрата вербално потврдува со тимот:</p> <p><input type="checkbox"/> Името на запишаната процедура</p> <p><input type="checkbox"/> Дека бројот на инструментите газите и иглите е точен</p> <p><input type="checkbox"/> Како се обележени примероците за патологија (изговарајќи ги називите на примероците на глас)</p> <p><input type="checkbox"/> Дали има некои проблеми со опремата што треба да бидат пренесени</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Хирургот, анестезиологот и сестрата ги проверуваат клучните работи за опоравување и менаџирање на пациентот</p> <ul style="list-style-type: none"> - Дренови - Терапија - Трансфузија - Лабораторија <p><input type="checkbox"/> Одговорниот хирург го проверил оперативното поле пред затворање за хемостаза и присуство на гази и инструменти.</p> <p>Доколку нешто недостасува направена е контролна рентгенскопија со графија</p> <p><input type="checkbox"/> Да</p> <p><input type="checkbox"/> Неапликативно</p> <p>Забелешки</p> <hr/> <p>Датум _____</p> <p>Одговорен хирург _____</p> <p>Одговорен анестезиолог _____</p> <p>Анестетичар _____</p> <p>Инструментарка _____</p> <p style="text-align: right;">Име, презиме и потпис</p>

ПРЕДОПЕРАТИВНА ПРИПРЕМА НА ОДДЕЛ

Место за налепница или име и презиме и матичен број на пациентот

Записка (дијагноза и планирана оперативна дијагноза - страна на операцијата)

Историја на болеста
Одобрување од стручен колегиум

Да
 Не

Неапликативно заради итноста /природата на интервенцијата

Согласност за оперативната интервенција (потпишана од хирург и пациент)

Анестезиолошки прашалник и согласност за анестезија (потпишана од анестезиолог и пациент)

Согласност за трансфузија

Лабораторија

Земена - дата: _____

(иницијали)

Резултат подигнат

Инфективен скрининг + -
(Најмалку HIV 1/II, HBsAg, HCV)

Основна хемостаза Да Не

PAF Резултат Подигнат Неподигнат

Дополнителна предоперативна лабораторија

Забелешка:

Крвни деривати

Требувана крвна група, Rh фактор

Требувани единици

полна крв _____

еритроцити _____

Резервирани единици полна крв _____

Требувани единици FFP (плазма) _____ CRYO _____ Tr.masa _____

ECG RTG CT MRI Echo Спирометрија Друго _____

Тромбопрофилактика

Антиемболиски чорапи

Медикамент _____
Име, доза час на аплицирање иницијали

Антиалергиска профилакса кај присутни алергии

Алерготест

Preop. Th _____

Згрижување на лични предмети

Протези Горе Доле

Наочари Леќи Накит

Припрема на оперативно поле

Бричење Тоалета Прочистување Одстранет лак за нокти

Одговорна медицинска сестра од оддел: _____
Име, презиме и потпис

ПОСТОПЕРАТИВЕН НАДЗОР

Гастрична сонда

Уринарен катетер часовна диуреза _____ час

Дрен (ABD, TOR и др.) _____

CVK _____

Тампонада (газа, штрајфна) _____

Антидекубитусна процедура

профилакса

терапија

Забелешки _____

Одговорен анестезиолог _____
Име, презиме и потпис