



GÜNCEL AMELİYATHANE HİZMETLERİ DERSİ

HASTA BİLGİLERİ FORMU

Tarih:

Hastanın Adı Soyadı:.....**Cinsiyeti:** Kadın ☐ Erkek ☐ **Yaşı:** **Medeni Durumu:**.....**Eğitimi:**..... **Mesleği/İşi:**.....**Hastane yatış tarihi:**.....**Geldiği yer:** Acil ☐ Poliklinik ☐ Yoğun bakım ☐ Diğer.....**Tıbbi Tanısı:**.....**Hastalık öyküsü:**.....

.....

.....

Özgeçmiş: DM ☐ HT ☐ KVH ☐ KOAH ☐ Diğer**Soygeçmiş:** DM ☐ HT ☐ KVH ☐ Kanser ☐ KOAH ☐ Diğer**Alerji (İlaç/Besin):** **Alerji bilekliği:** Var ☐ Yok ☐**Hasta kimlik bilekliği:** Var ☐ Yok ☐**Sağlığını tehdit eden riskler:** Sigara ☐ Alkol ☐ Sedanter yaşam ☐ Diğer**Açıklayınız:**.....**Boy...** **Kilo.....** **BKİ.....** kg/m² Normal ☐ Kaşektik ☐ Hafif kilolu ☐ Obez ☐**Oral alım:** Var ☐ Yok ☐ **Diyeti:**.....**Kiloda Değişim:** Yok ☐ Artmış ☐ Azalmış ☐kg/zaman**Yeme Problemi:** Disfaji ☐ Bulantı ☐ Kusma ☐ Hematemez ☐ Diğer:.....**Enteral Beslenme/Total Parenteral beslenme:** Var ☐ Yok ☐Oral Tüple besleme IV İdrar NG/
Dren Kusma Gaita**ALDIĞI TOPLAM:**...../(8/24 saat)**ÇIKARDIĞI TOPLAM:**...../(8/24 saat)**İdrar:** Normal ☐ Anüri ☐ Oligüri ☐ Poliüri ☐ Hematüri ☐ Dizüri ☐ Noktüri ☐Üriner İnkontinans ☐ Üriner kateter: Var ☐ Yok ☐**Diyaliz:** Hemodiyaliz ☐ Periton Diyalizi ☐ Diyaliz giriş yeri:.....**Dışkılama:** Normal ☐ Diyare ☐ Konstipasyon ☐ Melena ☐ Hematokezya ☐**Oksijen Kullanımı:** Var ☐ Yok ☐ Açıklayınızlt/dk**Trakeostomi/ Entübasyon:** Hayır ☐ Evet ☐ Süresi:**Diğer:**

LABORATUVAR BULGULARI FORMU

Hastanın adı soyadı:

Tarih:

HEMATOLOJİ					BİYOKİMYA			
Tarih	Tetkik	Sonuç	Normal Değer Aralığı	Birim	Tetkik	Sonuç	Normal Değer Aralığı	Birim
	WBC		4.6-10.2	Bin/mm ³	Glukoz		70-110	mg/dL
	NEU%		37-80	%	Ürik Asit		2.6 - 6.0	mg/dl
	NEU		2-6.9	K/uL	BUN		7-20	mg/dL
	LYM%		10-50	%	Kreatinin		0.6-1.3	mg/dL
	LYM		0.6-3.4	K/uL	Kolesterol		0-200	mg/dL
	MONO%		0-12	%	HDL		35-60	mg/dL
	MONO		0-0.9	K/uL	LDL		35-165	mg/dl
	EOS%		0-7	%	Trigliserid		30-150	mg/dL
	EOS		0-0,7	K/uL	A. Fosfataz		50-136	U/L
	BASO%		0-2.5	%	AST		0-37	U/L
	BASO		0-0.2	K/uL	ALT		0-65	U/L
	RBC		4.04-548	Milyon/mm ³	LDH		100-190	U/L
	HGB		12.2-16.2	g/dl	GGT		5-85	U/L
	HCT		42-52 (erkek); 36-46 (kadın)	%	T. Protein		6.4-8.2	g/dL
	MCV		80-97	fL	Albumin		3.4-5	g/dL
	MCH		27-31.2	pg	Total Bil.		0-1.1	mg/dL
	MCHC		31.8-35.4	g/dL	Direkt Bil.		0-0.3	mg/dL
	RDW		11.6-30	%	İndirekt Bil.		0-0.7	mg/dL
	PLT		142-424	K/uL	CK		0-232	U/L
	MPV		7-11.1	fL	CKMB		0-20	U/L
	PCT		0.10-0.41	-	Kalsiyum		8.5-10.3	mg/dL
	PDW		10-30	-	Fosfor		2.5-4.9	mg/dL
	HbA1c		% 4-6	g/dl	Urik Asit		2.6-7.2	mg/dL
	CRP		0.00 - 8.20	mg/L	Sodyum		136-145	mmol/L
	ASO		0.00 - 200.00	IU/ml	Potasyum		3.5-5.1	mmol/L
DİĞER					Klor		98-107	mmol/L
DİĞER					DİĞER			

Hastaya ait olan verileri yanlarına ↓, N veya ↑ işaretlerini kullanmak suretiyle değerlendiriniz.

İDRAR						
Tarih	Tetkik	Sonuç	N. Değer	Tetkik	Sonuç	N. Değer
	Dansite		1010-1020	Eritrosit		1-2
	Glikoz		Negatif	Lökosit		1-2
	Albumin		Negatif	Epitel		3-4
	Mikro. O. Üreme		Negatif	pH		5-7
	Renk		Kehribar	Protein		Negatif
DİĞER						



ANESTEZİ TAKİP FORMU

Tarih:.....Servis:.....Operatör:.....Protokol No:.....

Anestezi:

İsim:		Yaş:		Kilo:													
Anestezi Şekli:		Pozisyon:															
Premedikasyon:		Preoperatif vizit ASA () :															
Saat:	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45		
IV Anestezi																	Maske ET/LMA No:
Kas																	entübasyon: Orotrakeal-Nazotrakeal
Gevşetici																	SOLUNUM: Spontan-Asiste-Kontrol
Volatil Anestezi																	HALKA SİSTEMİ: Erişkin-Pediyatrik
Opioid																	Maplesan Devresi
Oksijen																	
Azot Protoksit/Hava																	
Ameliyat Başlama																	Verilen Mayi-Tranfuzyon:
x Anestezi Başlama																	
SaO2																	1-
ETCO2																	2-
TV/RR																	3-
■ Nabız	210																4-
Tansiyon	200																5-
	190																6-
	180																7-
MONİTÖRİZASYON	170																8-
	160																9-
□ Manuel/Otomatik	150																10-
Anestezi Cihazı	140																11-
□ EKG	130																12-
□ NIBP.IBP	120																13-
	110																14-
□ Puls oksimetre	100																15-
	90																16-
Et Co2	80																17-
	70																18-
□ Isı	60																19-
	50																20-
□ Nemlendirici	40																
Verilen Mayi	30																
Kanama	20																
İdrar	10																
CVP	0																
Peroperatif Teşhis:		Ameliyat:															
Pupil Refleksi:		Kornea Refleksi:		Yutkunma:		Öksürme:											
Sorulara cevap verme:		Ameliyat Sonu Durum:															
PER - OP - Diğer İlaçlar		POST - OP NOT.															
1-																	
2-																	
3-																	
4-																	
5-																	
6-																	



GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL FORMU

Hastanın Adı – Soyadı :	Tarih :/...../20.....			
I. Klinikten Ayrılmadan Önce 1. Hastanın; ☐ Kimlik Bilgileri ☐ Ameliyatı ☐ Ameliyat Bölgesi doğrulandı. 2. Hastanın rızası kontrol edildi mi? ☐ Evet 3. Hasta aç mı? ☐ Evet ☐ Hayır 4. Ameliyat bölgesi trası yapıldı mı? ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Gerekli değil 5. Hastada makya/öje, protez, değerli esya var mı? ☐ Evet ☐ Hayır 6. Hastanın kıyafetleri tümüyle çıkarılıp ameliyat önlüğü ve binesi giydirildi mi? ☐ Evet ☐ Hayır 7. Ameliyat öncesi gerekli özel işlem var mı? ☐ Lavman ☐ Mesane kateterizasyonu ☐ Varis çorabı ☐ Özel tedavi protokolü ☐ Diğer ☐ Hayır 8. Ameliyat için gerekli olacak özel malzeme, implant, kan veya kan ürünü hazırlığı teyit edildi mi? ☐ Evet ☐ Hayır 9. Hastanın gerekli laboratuvar ve radyoloji tetkikleri mevcut mu? ☐ Evet	II. Anestezi Verilmeden Önce 10. Hastanın kendisinden ☐ Kimlik bilgileri ☐ Ameliyat ☐ Ameliyat bölgesi ☐ Ameliyatı ile ilgili rızası Doğrulandı mı? 11. Ameliyat bölgesinde işaretleme var mı? ☐ Var ☐ İşaretleme Uygulanamaz 12. Anestezi güvenlik kontrol listesi tamamlandı mı? ☐ Evet 13. Pulse oksimetre hasta üzerinde ve çalışıyor mu? ☐ Evet ☐ Hayır 14. Hastanın bilinen bir alerjisi var mı? ☐ Yok ☐ Var 15. Gerekli görüntüleme cihazları hazır mı? ☐ Yok ☐ Var ☐ Gerekli değil 16. Hastada kan kaybı riski var mı? ☐ Yok ☐ Var 17. Uygun damar yolu erişimi ve sıvı planlandı. ☐ Var, uygun damar yolu erişimi ve sıvı planlandı.	III. Ameliyat Kesinden Önce 17. Ekipteki kişiler kendilerini ad, soyadı ve görevleri ile tanıttı mı? ☐ Evet 18. Ekipten bir kişi seçilerek hastanın kimliğini, yapılan ameliyatı, ameliyat bölgesini teyit etti mi? ☐ Evet 19. Kritik olaylar gözden geçirildi mi? ☐ Tahmini ameliyat süresi ☐ Beklenen kan kaybı ☐ Ameliyat sırasında gerçekleştirilecek beklenmedik olaylar ☐ Olası anestezi riskleri ☐ Hastanın pozisyonu 20. Profilaktik antibiyotik sorgulandı mı? ☐ Kesiden önceki son 60 dakika içerisinde uygulandı ☐ Kullanılmaz 21. Kullanılacak malzemeler hazır mı? ☐ Evet ☐ Hayır 22. Malzemelerin sterilizasyonu uygun mu? ☐ Evet ☐ Hayır 23- Kan şekeri kontrolü gerekli mi? ☐ Evet ☐ Hayır 24. Antikoagülan kullanımı var mı? ☐ Evet ☐ Hayır 25. Derin ven trombozu profilaksisi gerekli mi? ☐ Evet ☐ Hayır	IV. Ameliyattan Çıkmadan Önce 26. Gerçekleştirilen ameliyat için sözlü olarak ☐ Hasta ☐ Yapılan ameliyat ☐ Ameliyat bölgesi teyit edildi. 27. Alet, spang/kompres ve iğne sayımları yapıldı mı? ☐ Evet / Tam ☐ Hayır ☐ Sayım Uygulanmaz 28. Hastadan alınan numune etiketinde ☐ Hastanın adı doğru yazılı ☐ Numunenin alındığı bölge yazılı 29. Ameliyat sonrası kritik gereksinimler gözden geçirildi mi? ☐ Anestezi önerileri: ☐ Cerrahin önerileri: 30. Hastanın ameliyat sonrası gideceği bölüm teyit edildi mi? ☐ Evet	Liste Sorumlusu: Ad / Soyadı-İmza
Liste Sorumlusu: Ad / Soyadı-İmza	Liste Sorumlusu: Ad / Soyadı-İmza	Liste Sorumlusu: Ad / Soyadı-İmza	Liste Sorumlusu: Ad / Soyadı-İmza	

Her bölüm, ilgili sorunlar tarafından sesli olarak kontrol edilerek işaretleme yapılır.