

**BSHMYO AMELİYATHANE HİZMETLERİ PROGRAMI**  
**Uygulamalı Derslere Ait Raporlarının Doldurulması ve Teslimi**  
**ile İlgili Bilgiler**  
**ARA RAPOR**

**Ara raporda** teslim edilmesi gereken dosyanın içeriği ve evrakların sırası şu şekilde olmalıdır:

1. **Uygulama Faaliyet Raporu**  
(Form C.1)
2. **Öğrenci Devamsızlık Çizelgesi**  
(Form C.2)
3. **İş Yeri Uygulama Sorumlusu Değerlendirme Formu ve Öğrenci Devamsızlık Çizelgesi’ni**  
**içeren kapalı sarı zarf**  
(Form C.3)
4. **Uygulama Ara Raporu**  
(Form C.4)
5. **Ameliyathane Hizmetleri Programı/Rotasyonu için: Güncel Ameliyathane Hizmetleri Dersi**  
**Hasta Bilgileri Formu, Laboratuvar Bulguları Formu, Anestezi Takip Formu, Güvenli Cerrahi**  
**Kontrol Formu (Form**  
C.6)

**FİNAL RAPORU**

**Final raporunda** teslim edilmesi gereken dosyanın içeriği ve evrakların sırası şu şekilde olmalıdır:

1. **Uygulama Faaliyet Raporu**  
(Form C.1)
2. **Öğrenci Devamsızlık Çizelgesi**  
(Form C.2)
3. **İş Yeri Uygulama Sorumlusu Değerlendirme Formu ve Öğrenci Devamsızlık Çizelgesi’ni**  
**içeren kapalı sarı zarf**  
(Form C.3)
4. **Uygulama Ara Raporu**  
(Form C.4)
5. **Uygulama Final Raporu**  
(Form C.5)
6. **Ameliyathane Hizmetleri Programı/Rotasyonu için: Güncel Ameliyathane Hizmetleri Dersi**  
**Hasta Bilgileri Formu, Laboratuvar Bulguları Formu, Anestezi Takip Formu, Güvenli Cerrahi**  
**Kontrol Formu (Form**  
C.6)

**DİKKAT!**

**Dosya; belirtilen sıra ve düzende özenli bir biçimde hazırlanmalıdır.**  
**Eksik evrak bulunan dosyalar değerlendirmeye alınmayacak, başarısız sayılacaktır.**

## **İş yeri uygulaması süresince doldurulması istenen form ve açıklamaları**

- 1. Uygulama Faaliyet Raporu (Form C.1):** Bu rapor hem ara rapor hem de final raporu ile birlikte verilecektir. Final raporunda tüm uygulama süresince yapılan işlemlerin sayısı, niteliği raporda belirtilmelidir. Final raporunda ara raporda verilen bilgiler yer almalıdır. Bu sebeple ara raporda verilecek olan form ve evrakların kopyasının ya da aslının final raporunda sunulması gerekmektedir.
- 2. Öğrenci Devamsızlık Çizelgesi (Form C.2):** Öğrenci tarafından doldurulan devamsızlık çizelgesi hem ara rapor hem de final raporu ile birlikte verilecektir. Final raporunda tüm uygulama süresini gösteren devamsızlık çizelgesi yer almalıdır. Bu sebeple ara raporda verilecek olan form ve evrakların kopyasının ya da aslının final raporunda sunulması gerekmektedir. İş yeri uygulama sorumlusunun imzası olmalıdır.
- 3. İş Yeri Uygulama Sorumlusu Değerlendirme Formu ve Öğrenci Devamsızlık Çizelgesi (Form C.3):** Öğrenci, iş yeri uygulama sorumlusundan kapalı teslim aldığı öğrenci devamsızlık çizelgesi ile iş yeri uygulama sorumlusunun verdiği not çizelgesini içeren sarı zarfı ara rapor ve final raporu dosyasına eklemelidir. Açık olan zarflar değerlendirmeye alınmayacak, öğrenci başarısız sayılacaktır.
- 4. Uygulama Ara Raporu (Form C.4):** Hastaya ait bilgi formlarının yanında her güne ait ayrıntılı rapor yazılacaktır. Öğrenci ara rapor içeriğinde genel uygulamayı değerlendirmek amacıyla yer alan uygulama süresince genel kazanımlarını yansıtan sonuç raporu yazmalıdır. İş yeri uygulaması ara raporunun değerlendirmesi için istenen form ve dökümanların elden ya da posta yolu ile meslek yüksekokulumuz öğrenci işlerine ara sınav/vize haftasının son gün ve saatine kadar ulaştırılması gerekmektedir. Ara raporun teslim edileceği adres aşağıdadır:

**Adres:** Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi  
Burdur Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrenci İşleri  
Merkez Yerleşkesi, Bahçelievler Mah. Mitat Paşa Cad. 15100 BURDUR

- 5. Uygulama Final Raporu (Form C.5):** Hastaya ait bilgi formlarının yanında her güne ait ayrıntılı rapor yazılacaktır. Final raporu içeriğinde genel uygulamayı değerlendirmek amacıyla yer alan ÖĞRENCİNİN UYGULAMA SÜRESİNCE GENEL KAZANIMLARINI YANSITAN SONUÇ RAPORU yazılacaktır. Final raporunda ara raporda verilen bilgiler yer almalıdır. Bu sebeple ara raporda verilecek olan form ve evrakların kopyasının ya da aslının final raporunda sunulması gerekmektedir. İş yeri uygulaması final raporunun dolayısıyla iş yeri uygulaması değerlendirmesinin yapılabilmesi için; istenen form ve dökümanların elden ya da posta yolu ile uygulamanın son haftası Cuma gününe kadar meslek yüksekokulumuz öğrenci işlerine ulaştırılması gerekmektedir. Final raporunun teslim edileceği adres aşağıdadır:

**Adres:** Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi  
Burdur Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrenci İşleri  
Merkez Yerleşkesi, Bahçelievler Mah. Mitat Paşa Cad. 15100 BURDUR

- 6. Ameliyathane Hizmetleri Programı/Rotasyonu öğrencileri, uygulama süresince haftada en az 1 hasta ve tüm uygulama haftaları için aşağıdaki formları dolduracaktır:**

Güncel Ameliyathane Hizmetleri Dersi Hasta Bilgileri Formu, Laboratuvar Bulguları Formu, Anestezi Takip Formu, Güvenli Cerrahi Kontrol Formu (Form C.6)



T.C.  
BURDUR MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ  
BURDUR SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU  
TIBBİ HİZMETLER ve TEKNİKLER BÖLÜMÜ  
AMELİYATHANE HİZMETLERİ PROGRAMI

**GÜNCEL AMELİYATHANE HİZMETLERİ  
DERSİ FAALİYET RAPORU**

**ÖĞRENCİ BİLGİLERİ**



Adı Soyadı : .....

Öğrenci No : .....

e-mail Adresi : .....

Telefon Numarası : .....

Eğitim - Öğretim Yılı : .....

Dönem : .....

İş Yeri Uygulamasının Yapıldığı Tarih Aralığı : .....

İş Yeri Uygulamasını Yaptığı Kurum : .....

.....

**Kurum İçinde Uygulama Yapılan**

**Bölümler:** .....

.....

İş Yeri Eğitim Sorumlusu : .....

İş Yeri İletişim Telefon Numarası : .....

Öğrencinin Devamsız Olduğu Gün Sayısı : .....

| Rotasyon Yeri | Rotasyon Tarihi | İş Yeri Sorumlusunun İmzası |
|---------------|-----------------|-----------------------------|
|               |                 |                             |
|               |                 |                             |
|               |                 |                             |
|               |                 |                             |

**GÜNCEL AMELİYATHANE HİZMETLERİ DERSİ KAPSAMINDA YAPILAN UYGULAMALAR**

| AMELİYATHANE UYGULAMALARI                         |  | İNVAZİV UYGULAMALAR                                         |  |
|---------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------|--|
| Sterilizasyon uygulamaları                        |  | Kanama, Dren takibi                                         |  |
| Konsinye malzeme yönetimi süreci                  |  | Dren yerleştirme                                            |  |
| Cerrahi alet bakımı                               |  | Ameliyat masası kullanımı                                   |  |
| Ameliyathane cihaz ve ekipmanları kullanımı       |  | Atel uygulama                                               |  |
| Pansuman, yara kapatma uygulamaları               |  | Sargı uygulama                                              |  |
| Hastaya cerrahi pozisyon uygulama                 |  | Güçük bakım                                                 |  |
| Destek materyali kullanımı(Bası,sinir hasarı vs.) |  | Senkronize kardiyoversiyon                                  |  |
| Koter çeşitleri, koter plağı uygulaması           |  | Defibrilasyon                                               |  |
| Bohça hazırlama                                   |  | Kalp masajı                                                 |  |
| <b>Diğer belirtiniz:</b>                          |  | Göğüs tüpü uygulaması izlem                                 |  |
|                                                   |  | Sütür uygulama                                              |  |
| <b>GENEL BECERİLER</b>                            |  |                                                             |  |
| Steril eldiven giyme/çıkarma                      |  | <b>TEORİK EĞİTİM VE UYGULAMALAR</b>                         |  |
| Steril gömlek giyme                               |  | İş sağlığı ve güvenliği eğitimi                             |  |
| Steril malzeme açma                               |  | CPR                                                         |  |
| Tüm cerrahi süreci izlenen vaka                   |  | Cerrahi el yıkama                                           |  |
| İnsizyon öncesi hasta ile iletişim                |  | Kurum oryantasyon eğitimi                                   |  |
| Anamnez alma                                      |  | Laparoskopik Uygulamalar                                    |  |
| <b>Diğer belirtiniz:</b>                          |  | <b>Diğer belirtiniz:</b>                                    |  |
|                                                   |  |                                                             |  |
| <b>Alınan teorik eğitimler</b><br>Belirtiniz:     |  | <b>Eğitim maketi ile yapılan uygulamalar</b><br>Belirtiniz: |  |

Yukarıda verilen uygulamalar Gözlemledim (G) / Uyguladım (U) şeklinde belirtilecektir.



T.C.  
BURDUR MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ  
BURDUR SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU  
TIBBİ HİZMETLER ve TEKNİKLER BÖLÜMÜ  
AMELİYATHANE HİZMETLERİ PROGRAMI

**GÜNCEL AMELİYATHANE HİZMETLERİ DERSİ  
ÖĞRENCİ DEVAMSIZLIK ÇİZELGESİ**

|                            |  |
|----------------------------|--|
| Öğrenci Adı Soyadı         |  |
| Okulu                      |  |
| Bölümü - Sınıfı            |  |
| Öğrenci Numarası           |  |
| Öğrenci Telefon Numarası   |  |
| İş Yeri Uygulama Sorumlusu |  |
| İş Yeri Adı                |  |
| Sorumlu Öğretim Elemanı    |  |

| Sıra No | Tarih | Öğrenci İmzası | Sıra No | Tarih | Öğrenci İmzası |
|---------|-------|----------------|---------|-------|----------------|
| 1       |       |                | 16      |       |                |
| 2       |       |                | 17      |       |                |
| 3       |       |                | 18      |       |                |
| 4       |       |                | 19      |       |                |
| 5       |       |                | 20      |       |                |
| 6       |       |                | 21      |       |                |
| 7       |       |                | 22      |       |                |
| 8       |       |                | 23      |       |                |
| 9       |       |                | 24      |       |                |
| 10      |       |                | 25      |       |                |
| 11      |       |                | 26      |       |                |
| 12      |       |                | 27      |       |                |
| 13      |       |                | 28      |       |                |
| 14      |       |                | 29      |       |                |
| 15      |       |                | 30      |       |                |

| Sıra No | Tarih | Öğrenci İmzası | Sıra No | Tarih | Öğrenci İmzası |
|---------|-------|----------------|---------|-------|----------------|
| 31      |       |                | 56      |       |                |
| 32      |       |                | 57      |       |                |
| 33      |       |                | 58      |       |                |
| 34      |       |                | 59      |       |                |
| 35      |       |                | 60      |       |                |
| 36      |       |                | 61      |       |                |
| 37      |       |                | 62      |       |                |
| 38      |       |                | 63      |       |                |
| 39      |       |                | 64      |       |                |
| 40      |       |                | 65      |       |                |
| 41      |       |                | 66      |       |                |
| 42      |       |                | 67      |       |                |
| 43      |       |                | 68      |       |                |
| 44      |       |                | 69      |       |                |
| 45      |       |                | 70      |       |                |
| 46      |       |                | 71      |       |                |
| 47      |       |                | 72      |       |                |
| 48      |       |                | 73      |       |                |
| 49      |       |                | 74      |       |                |
| 50      |       |                | 75      |       |                |
| 51      |       |                | 76      |       |                |
| 52      |       |                | 77      |       |                |
| 53      |       |                | 78      |       |                |
| 54      |       |                | 79      |       |                |
| 55      |       |                | 80      |       |                |



**GÜNCEL AMELİYATHANE HİZMETLERİ DERSİ**  
**İş Yeri Uygulama Sorumlusu Değerlendirme Formu**

|                            |  |
|----------------------------|--|
| Öğrenci Ad Soyad           |  |
| Okulu                      |  |
| Bölümü - Sınıfı            |  |
| Öğrenci Numarası           |  |
| Sorumlu Öğretim Elemanı    |  |
| İş Yeri Uygulama Sorumlusu |  |
| İş Yeri Adı                |  |
| Tarih                      |  |

▪ Verilen tüm notlar 100 üzerinden değerlendirilecektir.  
 (Öğrencinin İş Yeri Uygulaması Eğitiminde başarısı, Sorumlu Öğretim elemanının verdiği puanın % 50'si ve İş Yeri Eğitim Sorumlusunun verdiği puanın % 50'si alınarak belirlenir. Öğrencinin belirlenen notu 70'in üzerindeyse "Başarılı" , altında ise "Başarısız" olarak değerlendirilir. İş Yeri Uygulamasından başarısız olan öğrenci İş Yeri Uygulamasını tekrar etmek zorundadır.)

▪ Form dönem sonunda Meslek Yüksekokulumuzun Sorumlu Öğretim Elemanına teslim edilecektir.

| Uygulama Sorumlusunun Öğrenciyi Değerlendirme Kriterleri |                                                      | Notu |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------|
| 1                                                        | Çalışma saatlerine uyma                              |      |
| 2                                                        | İş yeri kurallarına uyma                             |      |
| 3                                                        | İş yerinin gerektirdiği güvenlik tedbirlerine uyma   |      |
| 4                                                        | Görevlerini eksiksiz ve zamanında yapma              |      |
| 5                                                        | Mesleği ile ilgili temel kavramları bilme            |      |
| 6                                                        | Teorik bilgilerini pratiğe uyarlama                  |      |
| 7                                                        | İş yerindeki araç-gereçleri uygun kullanma ve koruma |      |
| 8                                                        | İşi ile ilgili öneriler geliştirme                   |      |
| 9                                                        | İşindeki istek ve gayreti                            |      |
| 10                                                       | Mesleği ile ilgili sorumlulukların farkında olma     |      |
| 11                                                       | Yaptığı işi raporlama                                |      |
| 12                                                       | Uyumlu çalışma                                       |      |
| 13                                                       | Kendini ifade etme ve beden dilini etkili kullanma   |      |
| 14                                                       | Öneri ve eleştirilere açık olma                      |      |
| 15                                                       | Fiziki ve zihinsel yorgunluğa dayanıklılık           |      |
| Ders başarı notu (Notların aritmetik ortalaması):        |                                                      |      |

Görüş ve Önerileriniz:

..... / ..... / .....

İş Yeri Uygulama Sorumlusu  
Kaşe-İmza

**T.C.**  
**BURDUR MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ**  
**BURDUR SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK**  
**YÜKSEKOKULU**  
**TIBBİ HİZMETLER ve TEKNİKLER BÖLÜMÜ**  
**AMELİYATHANE HİZMETLERİ PROGRAMI**

**GÜNCEL AMELİYATHANE HİZMETLERİ DERSİ ARA RAPORU**

**Adı Soyadı** :.....

**Öğrenci No** :.....

**e-mail Adresi** :.....

**Telefon Numarası** :.....

**Eğitim-Öğretim Yılı** :.....

**Dönem** :.....

**İş Yeri Uygulamasını Yaptığı Kurum** :.....

.....

**Kurum İçinde Uygulama Yapılan Bölümler**:.....

.....

**İş Yeri İletişim Telefon Numarası** :.....

**Öğrencinin Devamsız Olduğu Gün Sayısı** :.....

Bu mesleki uygulama ara raporu ...../...../..... tarihinde aşağıdaki mesleki uygulama sorumluları tarafından kabul edilmiştir.

.....

.....

İş Yeri Uygulama Sorumlusu

Sorumlu Öğretim Elemanı

**YAPILAN UYGULAMA :**

**TARİH :**

YAPILAN UYGULAMANIN AYRINTILI AÇIKLAMALARI :

**Bu form her uygulama günü için ayrı ayrı sayfalarda olmak üzere doldurulacaktır.**



**ÖĞRENCİNİN GÜNCEL AMELİYATHANE HİZMETLERİ DERSİ**  
**SÜRESİNCE GENEL KAZANIMLARINI YANSITAN ARA**  
**SONUÇ RAPORU**



## EKLER

**T.C.**  
**BURDUR MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ**  
**BURDUR SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK**  
**YÜKSEKOKULU**  
**TIBBİ HİZMETLER ve TEKNİKLER BÖLÜMÜ**  
**AMELİYATHANE HİZMETLERİ PROGRAMI**

**GÜNCEL AMELİYATHANE HİZMETLERİ DERSİ FİNAL**  
**RAPORU**

**Adı Soyadı** :.....  
**Öğrenci No** :.....  
**e-mail Adresi** :.....  
**Telefon Numarası** :.....  
**Eğitim-Öğretim Yılı** :.....  
**Dönem** :.....  
**İş Yeri Uygulamasını Yaptığı Kurum** :.....  
.....  
**Kurum İçinde Uygulama Yapılan Bölümler**:.....  
.....  
**İş Yeri İletişim Telefon Numarası** :.....  
**Öğrencinin Devamsız Olduğu Gün Sayısı** :.....

Bu mesleki uygulama ara raporu ...../...../..... tarihinde aşağıdaki mesleki uygulama sorumluları tarafından kabul edilmiştir.

.....

.....

İş Yeri Uygulama Sorumlusu

Sorumlu Öğretim Elemanı

**YAPILAN UYGULAMA :**

**TARİH :**

YAPILAN UYGULAMANIN AYRINTILI AÇIKLAMALARI :

**Bu form her uygulama günü için ayrı ayrı sayfalarda olmak üzere doldurulacaktır.**



**ÖĞRENCİNİN GÜNCEL AMELİYATHANE HİZMETLERİ DERSİ**  
**SÜRESİNCE GENEL KAZANIMLARINI YANSITAN FİNAL**  
**SONUÇ RAPORU**



## EKLER



## 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/m<sup>2</sup> 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 ☐ Açıklayınız .....lt/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 <sup>3</sup>    | 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 <sup>3</sup> | LDH           |       | 100-190              | U/L    |
|            | HGB    |       | 12.2-16.2                       | g/dl                   | GGT           |       | 5-85                 | U/L    |
|            | HCT    |       | 42-52 (erkek);<br>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-Pediatric   |
| Opioid                   |     |                             |    |           |    |          |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  | Maplesan Devresi                   |
| Oksijen                  |     |                             |    |           |    |          |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |                                    |
| Azot Protoksit/Hava      |     |                             |    |           |    |          |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |                                    |
| Ameliyat Başlama         |     |                             |    |           |    |          |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  | Verilen Mayi-Tranfüzyon:           |
| 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.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <b>I. Klinikten Ayrılmadan Önce</b><br>1. Hastanın;<br><input type="checkbox"/> Kimlik Bilgileri<br><input type="checkbox"/> Ameliyatı<br><input type="checkbox"/> Ameliyat Bölgesi doğrulandı.<br>2. Hastanın rızası kontrol edildi mi?<br><input type="checkbox"/> Evet<br>3. Hasta aç mı?<br><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır .....<br>4. Ameliyat bölgesi trası yapıldı mı?<br><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Gerekli değil<br>5. Hastada makya/öje, protez, değerli esya var mı?<br><input type="checkbox"/> Evet ..... <input type="checkbox"/> Hayır<br>6. Hastanın kıyafetleri tümüyle çıkarılıp ameliyat önlüğü ve binesi giydirildi mi?<br><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır .....<br>7. Ameliyat öncesi gerekli özel işlem var mı?<br><input type="checkbox"/> Lavman <input type="checkbox"/> Mesane kateterizasyonu<br><input type="checkbox"/> Varis çorabı <input type="checkbox"/> Özel tedavi protokolü<br><input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> Hayır<br>8. Ameliyat için gerekli olacak özel malzeme, implant, kan veya kan ürünü hazırlığı teyit edildi mi?<br><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır<br>9. Hastanın gerekli laboratuvar ve radyoloji tetkikleri mevcut mu?<br><input type="checkbox"/> Evet | <b>II. Anestezi Verilmeden Önce</b><br>10. Hastanın kendisinden<br><input type="checkbox"/> Kimlik bilgileri<br><input type="checkbox"/> Ameliyat<br><input type="checkbox"/> Ameliyat bölgesi<br><input type="checkbox"/> Ameliyatı ile ilgili rızası Doğrulandı mı?<br>11. Ameliyat bölgesinde işaretleme var mı?<br><input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> İşaretleme Uygulanamaz<br>12. Anestezi güvenlik kontrol listesi tamamlandı mı?<br><input type="checkbox"/> Evet<br>13. Pulse oksimetre hasta üzerinde ve çalışıyor mu?<br><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır<br>14. Hastanın bilinen bir alerjisi var mı?<br><input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var<br>15. Gerekli görüntüleme cihazları var mı?<br><input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Gerekli değil<br>16. Hastada kan kaybı riski var mı?<br><input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var<br>17. Var, uygun damar yolu erişimi ve sıvı planlandı. | <b>III. Ameliyat Kesinden Önce</b><br>17. Ekipteki kişiler kendilerini ad, soyadı ve görevleri ile tanıttı mı?<br><input type="checkbox"/> Evet<br>18. Ekipten bir kişi seçilerek hastanın kimliğini, yapılan ameliyatı, ameliyat bölgesini teyit etti mi?<br><input type="checkbox"/> Evet<br>19. Kritik olaylar gözden geçirildi mi?<br><input type="checkbox"/> Tahmini ameliyat süresi<br><input type="checkbox"/> Beklenen kan kaybı<br><input type="checkbox"/> Ameliyat sırasında gerçekleştirilecek beklenmedik olaylar<br><input type="checkbox"/> Olası anestezi riskleri<br><input type="checkbox"/> Hastanın pozisyonu<br>20. Profilaktik antibiyotik sorgulandı mı?<br><input type="checkbox"/> Kesiden önceki son 60 dakika içerisinde uygulandı<br><input type="checkbox"/> Kullanılmaz<br>21. Kullanılacak malzemeler hazır mı?<br><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır<br>22. Malzemelerin sterilizasyonu uygun mu?<br><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır<br>23- Kan şekeri kontrolü gerekli mi?<br><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır<br>24. Antikoagüan kullanımı var mı?<br><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır<br>25. Derin ven trombozu profilaksisi gerekli mi?<br><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır | <b>IV. Ameliyattan Çıkmadan Önce</b><br>26. Gerçekleştirilen ameliyat için sözlü olarak<br><input type="checkbox"/> Hasta<br><input type="checkbox"/> Yapılan ameliyat<br><input type="checkbox"/> Ameliyat bölgesi teyit edildi.<br>27. Alet, spang/kompres ve iğne sayımları yapıldı mı?<br><input type="checkbox"/> Evet / Tam <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Sayım Uygulanmaz<br>28. Hastadan alınan numune etiketinde<br><input type="checkbox"/> Hastanın adı doğru yazılı<br><input type="checkbox"/> Numunenin alındığı bölge yazılı<br>29. Ameliyat sonrası kritik gereksinimler gözden geçirildi mi?<br><input type="checkbox"/> Anestezi önerileri:<br><input type="checkbox"/> Cerrahin önerileri:<br>30. Hastanın ameliyat sonrası gideceği bölüm teyit edildi mi?<br><input type="checkbox"/> Evet | <b>Liste Sorumlusu:</b><br>Ad / Soyadı-İmza |
| <b>Liste Sorumlusu:</b><br>Ad / Soyadı-İmza                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Liste Sorumlusu:</b><br>Ad / Soyadı-İmza                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Liste Sorumlusu:</b><br>Ad / Soyadı-İmza                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Liste Sorumlusu:</b><br>Ad / Soyadı-İmza                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                             |

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