



WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY
WIE WROCŁAWIU
OSRODEK BADAWCZO-ROZWOJOWY

OKOŁOOPERACYJNA KARTA KONTROLNA

ADAPTACJA WHO SURGICAL SAFETY CHECKLIST

Przed znieczuleniem

ROZPOCZĘCIE

DANE PACJENTA

IMIĘ: _____

NAZWISKO: _____

DATA ZABIEGU: _____ / _____ / _____

ODDZIAŁ / KS.Gt.: _____

Zabieg: ☐ planowy ☐ nagły

Alergie: ☐ Tak (jakie?) ☐ Nie

Oznakowano miejsce operowane: ☐ Tak ☐ Nie

Ryzyko krwawienia: >500 ml u dorosłych

>7ml/kg m.c. u dzieci

☐ Tak, zabezpieczono płyny i preparaty

☐ Nie

☐ Potwierdzono:

- tożsamość pacjenta
- miejsce operowane
- procedurę operacyjną
- zgodę na zabieg operacyjny
- rodzaj znieczulenia

☐ Oceniono bezpieczeństwo przebiegu znieczulenia

☐ Zapewniono monitorowanie:

- EKG*
- pulsoksymetrii
- ciśnienia tętniczego krwi*
- kapnometrii*

Sprawdzono kompletność urządzeń, narzędzi i materiałów koniecznych do przeprowadzenia operacji

☐ Tak ☐ Nie

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

☐ Tak i zapewniono właściwy sprzęt

☐ Nie

Przed nacięciem

ODLICZANIE

Nowa osoba w zespole operacyjnym

☐ Tak ☐ Nie

Wszyscy członkowie zespołu operacyjnego dokonują prezentacji

☐ Tak ☐ Nie

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

ze strony chirurga

☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy

ze strony anestezjologa

☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy

ze strony pielęgniarki operacyjnej

☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy

Zastosowano i udokumentowano okołoooperacyjną profilaktykę antybiotykową do 60 min. przed zabiegiem

☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy

Zastosowano profilaktykę przeciwzakrzepową*

☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy

Kiedy? Data / godzina _____

Przygotowano wyniki badań obrazowych

☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy

STOP!

PYTANIA? WĄTPLIWOŚCI?

Zanim pacjent opuści blok operacyjny

ZAKOŃCZENIE

Pielęgniarka operacyjna i zespół potwierdzają ustnie:

☐ nazwę procedury wykonanej

☐ zgodność liczby użytych narzędzi i materiałów

Oznaczono materiał pobrany do badań

☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy

Wystąpiły powikłania w trakcie operacji*

☐ Tak ☐ Nie

Wystąpiły problemy ze sprzętem lub trudności techniczne

☐ Tak ☐ Nie

Chirurg i anestezjolog określili ewentualne problemy związane z przebiegiem pooperacyjnym

☐ Tak ☐ Nie

Wypisano zlecenia pooperacyjne*

ze strony chirurga

☐ Tak ☐ Nie

ze strony anestezjologa

☐ Tak ☐ Nie

Udokumentowano ocenę stanu pacjenta przed przekazaniem z bloku operacyjnego do oddziału albo sali pooperacyjnej*

☐ Tak ☐ Nie

Podpis Koordynatora Karty