Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia

OKOŁOOPERACYJNA KARTA KONTROLNA

ADAPTACJA WHO SURGICAL SAFETY CHECKLIST

WHO Collaborating Centre for Development of Quality and Safety in Health Systems

Przed znieczuleniem ▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸ Przed nacięciem ▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸ Zanim pacjent opuści blok operacyjny

ROZPOCZĘCIE

Zabieg: ☐ planowy ☐ nagły

☐ **Potwierdzono:**
- tożsamość pacjenta
- miejsce operowane
- procedurę operacyjną
- zgodę na zabieg operacyjny
- rodzaj znieczulenia

Oznaczono miejsce operowane
☐ Tak ☐ Nie

☐ **Oceniono bezpieczeństwo przebiegu znieczulenia**

☐ **Zapewniono monitorowanie:**
- EKG*
- pulsoksymetrii
- ciśnienia tętniczego krwi*
- kapnometrii*

Alergie:
☐ Tak (jakie?.....) ☐ Nie

Przewidywane trudności w utrzymaniu drożności dróg oddechowych / ryzyko aspiracji treści żołądkowej do płuc
☐ Tak i zapewniono właściwy sprzęt
☐ Nie

Ryzyko krwawienia: >500 ml u dorosłych >7ml/kg m.c. u dzieci
☐ Tak, zabezpieczono płyny i preparaty krwiopochodne
☐ Nie

DANE PACJENTA

IMIĘ:
NAZWISKO:
DATA ZABIEGU: / /
ODDZIAŁ / KS.GŁ:

ODLICZANIE

Nowa osoba w zespole operacyjnym
☐ Tak ☐ Nie
jeśli tak:

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 okołooperacyjną 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?

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 zabiegu*
☐ 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 / sali pooperacyjnej*
☐ Tak ☐ Nie

Podpis Koordynatora Karty

* Zestaw standardów Programu Akredytacji Szpitali, Ośrodek Akredytacji CMJ, Kraków 2009

Opracowanie w oparciu o WHO Surgical Safety Checklist, URL http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en, ©World Health Organization, 2008. All rights reserved.

Nowy oddz. sala operacyjna - Maciola Gwil.