

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز

معاونت در مان

مرکز آموزشی درمانی/بیمارستان

فرم بیهوشی ایمن ا (کنترل روزانه)

شماره :		تاریخ پذیرش بیمار در اتاق عمل:	شماره: ص.....ع.....ش.....
ر	موارد	بلی	خبر
۱	تجهیزات ویژه (دیفیبریلاتور، داروهای اورژانسی، کیت لوله گذاری مشکل و اکسیژن قابل حمل) در دسترس است؟		
۲	منبع اصلی AC در دسترس است و ماشین بیهوشی با منبع AC کار میکند و فعال است؟		
۳	فشار در سیلندر اکسیژن کمکی که به سرعت قابل دسترسی است ، کافی بوده و یک وسیله ونتیلیسیون دستی مانند آمبوبگ در دسترس و آماده به کار میباشد؟		
۴	فشار گاز داخل لوله های مرکزی ، بیشتر یا مساوی با ۴۷ psi میباشد؟		
۵	نشتی در لوله های تامین کننده گاز بین فلومترها و خروجی مشترک گاز وجود ندارد؟		
۶	سیستم پاکسازی گازهای بیهوشی درست کار میکند؟		
۷	کالیبره کردن یا تأیید کالیبراسیون مانیتور اکسیژن و کنترل زنگ هشدار اکسیژن پائین، همچنین کالیبره کردن یا تأیید کالیبراسیون کاپنومتر و آنالیزور گازهای بیهوشی صورت گرفته است؟		
۸	موارد فوق کنترل و مستند شده است؟		
نام و نام خانوادگی پرستار بیهوشی (مهر و امضاء):			
مهر و امضای متخصص بیهوشی:			

راهنما:

- ❖ کنترل روزانه : این موارد روزانه و همچنین پس از هر بار جابجایی دستگاه یا تعویض مخزن هوشبر استنشاقی کنترل میشوند.
- ❖ تذکر : در مرحله ورود بیمار در چک لیست جراحی ایمن ، سومین موضوع مورد بررسی ایمنی لوازم و تجهیزات بیهوشی است. چک لیست حاضر بصورت روزانه کنترل و تکمیل میگردد.