

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز

معاونت در مان

مرکز آموزشی درمانی/بیمارستان.....

فرم ثبت اقدامات و مراقبت های عمل جراحی (کاردان / کارشناس اتاق عمل)

شماره پرونده:.....

شماره پذیرش:.....

نام و نام خانوادگی بیمار	نام پدر	تاریخ تولد	ساعت تحویل بیمار از بخش	ساعت ورود بیمار به اتاق عمل	تاریخ پذیرش در اتاق عمل	نوع پذیرش
اقدامات قبل از برش پوست و قبل از خروج بیمار از اتاق عمل طبق چک لیست جراحی ایمن توسط اعضای تیم جراحی بصورت شفاهی قرائت شده و مورد تایید است <input type="checkbox"/>						
ردیف	موارد					
۱	عملکرد تجهیزات مورد نیاز جراحی، توسط.....بررسی شده و مورد تایید است.					
۲	اجازه عمل جراحی و فرم رضایت آگاهانه جراحی تکمیل و ضمیمه پرونده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر					
۳	دستبند شناسایی بیمار الصاق شده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> محل الصاق.....					
۴	لباس بیمار به طور کامل تعویض شده و با لباس مخصوص به اتاق عمل انتقال داده شده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر					
۵	بیمار دندان و اعضای مصنوعی، زیور آلات و سایر متعلقات دارد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر					
۶	نام جراح متخصص:..... نام دستیاران:..... در صورت اقدام توسط دستیاران آیا اتندینگ در اتاق عمل حضور دارد؟..... نام عمل جراحی:..... زمان شروع عمل جراحی:.....					
۷	بدن بیمار در زمان ورود به اتاق عمل از لحاظ وجود زخم، بریدگی، سوختگی و کبودی بررسی شده است:..... نوع پوزیشن جراحی:..... گزارش عوارض و یا حوادث ناشی از پوزیشن:.....					
۸	Shave ناحیه عمل و ناحیه قرار گیری پلیت کوتتری انجام گرفته است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در این جراحی کاربردی ندارد <input type="checkbox"/>					
۹	بیمار Foley Catheter دارد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> Foley Catheter در اتاق عمل توسط..... گذاشته شده است.					
۱۰	علامتگذاری محل جراحی مرحله اول <input type="checkbox"/> و مرحله دوم <input type="checkbox"/> انجام شده و مورد تایید کلیه اعضای تیم جراحی است. <input type="checkbox"/> در این جراحی کاربردی ندارد <input type="checkbox"/>					
۱۱	آیا از cautery استفاده شده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> محل قرار گیری cautery plate:.....					
۱۲	محل بستن تورنیکت..... مدت زمان استفاده از تورنیکت:..... در این جراحی کاربردی ندارد <input type="checkbox"/>					
۱۳	نوع محللول استفاده شده جهت شستشوی ناحیه عمل:..... میزان محللول:..... در این جراحی کاربردی ندارد <input type="checkbox"/>					
۱۴	نمونه های آزمایشگاهی بیمار: <input type="checkbox"/> Frozen <input type="checkbox"/> Culture <input type="checkbox"/> Cytology <input type="checkbox"/> Pathology <input type="checkbox"/> نمونه ندارد <input type="checkbox"/> فرم مربوط به نمونه، تکمیل و برچسب مشخصات روی ظرف نمونه چسبانده شده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر					
۱۵	شمارش لوازم جراحی، گاز، لپ اسپانچ، پینات، پنبه، بولداگ، سر سوزن و... صحیح است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در این جراحی کاربردی ندارد <input type="checkbox"/> در صورت صحیح نبودن شمارش چه اقداماتی صورت گرفته است؟.....					
۱۶	بیمار Drain دارد: <input type="checkbox"/> پن رز <input type="checkbox"/> جی پی وهموواک <input type="checkbox"/> چست تیوب <input type="checkbox"/> نفروستومی <input type="checkbox"/> گاستروستومی تیوب <input type="checkbox"/> کولوستومی <input type="checkbox"/> مش روم <input type="checkbox"/> سوند نلاتون <input type="checkbox"/> اتصالات بیمار هنگام انتقال ثابت و محکم شده و برچسب اتصالات دارد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر					
۱۷	بر روی پانسمان محل عمل تاریخ قید شده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> پانسمان ندارد <input type="checkbox"/>					
۱۸	بیمار با دستبند شناسایی منتقل گردید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر					
۱۹	مستندات پرونده بالینی بیمار (عکس، CD، نوار قلب، سونو و...) در زمان خروج بیمار از اتاق عمل تحویل به..... گردید.					
توضیحات و گزارش مورد نیاز:.....						
.....						
.....						
نام و نام خانوادگی پرستار سیرکولار (مهر و امضاء): ۱.....						
نام و نام خانوادگی پرستار اسکراب (مهر و امضاء): ۱.....						
..... ۲.....						
..... ۲.....						
..... ۳.....						
..... ۳.....						