



**AMEL YAT ÖNCES HAZIRLIK
VE AMEL YAT SONRASI HASTA
TAKIP FORMU**

Doküman Kodu	AH.FR.03
Yayın Tarihi	10.10.2016
Revizyon Numarası	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa No	1 / 2

HASTANIN ADI SOYADI:		TARİH:	
C NS YET :		YA İ:	
DOSYA/B LG SAYAR NO:		DOKTORU:	
BÖLÜMÜ:		ODA NO:	
TANI/TEH S/HASTALIK KODU:		TIBB TANI:	
KAN GRUBU:		ALLERJİ:	
SÜREKLİ KULLANDI İLAÇLAR:			

BULACI HASTALIKLARI:	VAR () YOK ()	VARSA BELİRTİLERİ Z.....
GÖZLÜK:	VAR () YOK ()	
TİMEC HAZIR:	VAR () YOK ()	
KONTAKT LENS:	VAR () YOK ()	
Dİ PROTEZ :	VAR () YOK ()	
Dİ ER:	VAR () YOK ()	

AMEL YATTAN ÖNCEKİ AKAM HEMERİKLİK FAAL YETLER	EVET	HAYIR	SERVİS HEMERİKLİK
Planlanmamış ameliyat günü hastaya söylendi mi?			
AMEL YAT ÖNCESİ EĞİTİM VERİLMESİ	EVET	HAYIR	SERVİS HEMERİKLİK
1 Soluk alma, öksürme ve yatak içinde dönme egzersizleri öğretildi.			
2 Anestezi ve pansuman yeri anlatıldı.			
3 Drenler hakkında bilgi verildi.			
4 Foley sondası NG sondası hakkında bilgi verildi.			
5 Ameliyathane ve yoğun bakım ortamı hakkında bilgi verildi.			
6 Ameliyat sonrası ağrı giderme hakkında bilgi verildi.			
7 Ameliyat sonrası beslenme konusunda bilgi verildi.			

AMEL YAT ÖNCESİ TETKİKLERİ	EVET	HAYIR	SERVİS HEMERİKLİK
1 Tam kan sayımı			
2 Biyokimya tetkikleri			
3 İdrar tetkikleri			
4 Akciğer grafisi			
5 Gerekli olduğu takdirde ameliyat sırasında kullanılacak ilaçların istendi mi?			
6 Kan merkezi ile kanların hazırlanması konusunda görüşme yapıldı mı?			
7 Kan cross kontrolü var mı?			
8 Anestezi konsültasyonu var mı?			
9 Hastanın yeterli süre aç bırakıldı mı?			
10 Cerrahi onam belgesinin/rıza formu var mı?			
11 Ameliyat bölgesinin tedavi edildi mi?			
12 Makyaj ve ojenin temizliği yapıldı mı?			
13 Normal banyo/providoniyodine banyo yapıldı mı?			
14 Protez, takı ve dermal eylemlerin çıkarıldı mı?			
15 Uterus anda mestruasyon var mı?			
16 Diğer (açıklayınız)			

AMEL YAT SABAHİ	EVET	HAYIR	SERVİS HEMERİKLİK
1 Güvenli Cerrahi Kontrol Formu dolduruldu mu?			
2 Doğru bölge ve Taraf işaretlemesi yapıldı mı?			
3 Protez, takı ve dermal eylemlerin çıkarıldı mı?			
4 Takma dişlerin çıkarıldı mı?			
5 İhtiyaç cihazının çıkarılması veya bırakılması ameliyathane hemşiresine haber verildi mi?			
6 Ameliyat bölgesini kontrol edildi mi?			
7 Hastaya ait bilgileri kontrol edildi mi?			
8 Açık olup olmadığı kontrol edildi mi?			



AMEL YAT ÖNCES HAZIRLIK VEAMEL YAT SONRASI HASTA TAK P FORMU

Doküman Kodu	AH.FR.03
Yayın Tarihi	10.10.2016
Revizyon Numarası	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa No	2 / 2

9 Mesane boşaltıldı mı?			
10 Tüm çamaşırları çıkarıldı mı?			
11 Ameliyat gömleği ve bone giydirildi mi?			
12 Hekim istemine göre IV mayı takıldı mı ?			
13 Hekim istemine göre premedikasyon yapıldı mı ?			
14 Ameliyatta kullanılacak malzeme ve ilaçlar kontrol edildi mi?			
15 Hasta dosyası, filmleri ve ilaçları ile ameliyathaneye teslim edildi mi?			
16 Hastanın güvenli olarak sedyeye alındı mı? Kenarlıkların kaldırıldı mı?			
17 Yaşam bulguları kontrol edildi mi?			
18 Hastanın ameliyathaneye güvenli bir şekilde teslim edilmesi sağlandı mı?			
19 Hastanın hazırlığının her aşamasında psikolojik destek sağlandı mı?			
AMELİYAT YATAĞI HAZIRLANMASI	EVET	HAYIR	SERVİS HEMŞİRESİ
1 Hastanın yatak takımlarının kontrol edilmesi odanın havalandırılması yapıldı mı?			
2 Oda ve banyo temizliği yapıldı mı?			
3 Ameliyat bölgesine uygun ara çarşafın hazırlandı mı?			
4 Acil arabası hazır mı?			
5 Oksijen manometresi ve kanülü kontrol edildi mi?			
6 İdrar askısı, mayı askısı ve böbrek küvet temini edildi mi?			
7 İdrar sürgüsü, ördek v.s. hasta tuvaletine hazırlandı mı?			
AMELİYAT SONRASI (ERKEN DÖNEM)	EVET	HAYIR	SERVİS HEMŞİRESİ
1 Ameliyat özelliğine ve kataterine uygun şekilde yatağına alındı mı?			
2 Solunum yollarının açıklığı sağlandı mı?			
3 Durumuna uygun pozisyon verildi mi?			
4 IV yolu kontrol edildi mi?			
5 Yaşam bulgularının ilk 2 saatte 15 dakikada bir sonraki 6 saatte bir alınarak hemşire gözlem formuna kaydedildi mi?			
6 Hastanın giydirilmesi ve ısıtılması sağlandı mı?			
7 Kateterlerinin kontrol edilerek seviyelerinin not edildi mi?			
8 Bilinç durumunun kontrol edilmesi, ameliyat durumu, nerede olduğu hakkında bilgi verildimi?			
9 İnsizyon bölgesinin kanama kontrolünün yapılması			
10 İnternal kanama belirtilerinin izlendi mi? (fliform abız,hipotansiyon,terleme,CVP,			
11.Spontan idrarının kontrol edildi mi? (ilk 8 saatte yapılması)			
12.AÇİT yapılıyor mu?			
AMELİYAT SONRASI (GEÇ DÖNEM)	EVET	HAYIR	SERVİS HEMŞİRESİ
1.Öksürme,solunum ve bacak egzersizleri yapıldı mı?			
2.Hasta güvenle ayağa kaldırıldı mı?			
3.Barsak hareketleri kontrol edildi mi?			
4.Tromboemboli belirtileri gözlemlendi mi?			
5.Kanama kontrolü yapıldı mı?			
6.İnfeksiyon belirtileri izlendi mi?			
7.Hidrasyon sağlandı mı?			