



GÜVENLİ CERRAHİ UYGULAMALARI PROSEDÜRÜ

Doküman No	AML.PR.04
Yayın Tarihi	01.12.2009
Rev. No	01
Rev. Tarihi	01.09.2016
Sayfa No	5/1

Hazırlayan	İnceleyen	Onaylayan
Ameliyathane Sorumlu Hemşiresi	Kalite Yönetim Direktörü	Başhekim

1. AMAÇ

Bu prosedürün amacı; Hasta güvenliği programı dahilinde yer alan yanlış alan, yanlış işlem, yanlış hasta cerrahisinin önlenmesi ve ortadan kaldırılması için; hastaya zarar verebilecek tüm operatif veya invaziv durumlarda uygulanabilir veya adapte edilebilir güvenli takip yöntemlerini tanımlamaktır.

2. KAPSAM

Bu prosedür, Özel Çevre Hastanesi ameliyathanesinde yanlış alan, yanlış işlem, yanlış hasta cerrahisinin önlenmesi ve ortadan kaldırılması için; hastaya zarar verebilecek tüm operatif veya invaziv durumlarda uygulanabilir ve güvenli takip yöntemlerinin uygulanması konusunda tüm ameliyathane çalışanlarını kapsar.

3. TANIMLAR

Yanlış seviye/bölüm cerrahisi: Doğru alana, fakat yanlış seviye veya bölüme yapılan cerrahi işlemlerdir. Örneğin Tanımlanan patoloji ile intervertebral seviyeye bitişik intervertebral seviyeye lomber laminektomi yapılması. Bu tip bir hatada, vücudun doğru tarafı hazırlanır, fakat cerrahi işlem hastanın anatomisinde yanlış seviyeye uygulanır.

Yanlış hasta cerrahisi: Hastanın yanlış tanımlanmasıdır. Bu tip hatalar yanlış hastaya yapılan işlemleri içerir.

Yanlış taraf cerrahisi: Ekstremiteler veya çoklu organlara (parmaklar,el,kol,ayak vb) yapılan yanlış cerrahi işlemleri içerir.

Yanlış alan cerrahisi: Vücudun yanlış alanına yapılan tüm cerrahi işlemleri kapsayan geniş bir tanımdır.

4. SORUMLULUKLAR

Bu prosedürün yürütülmesinden tüm Özel Çevre Hastanesi doktorları, hemşire ve anestezi teknisyenleri sorumludur.

5. PROSEDÜR

Yanlış alan, yanlış bölüm, yanlış hasta, yanlış taraf cerrahisinin önlenmesi için alınacak tedbirler;

5.1.Hasta Yatış

5.1.1. Cerrahi polikliniğine gelen hastanın ameliyat kararı verildikten sonra "Hasta Kayıt- Yatış Taburcu İşlemleri Prosedürüne" yatış işlemleri yapılır.

5.1.2. Hasta için gerekli olan tahliller ve istenilmesi gereken konsültasyonlar istenir.

5.1.3. "Hasta ve Ailesinin Bilgilendirilmesi ve Onamının Alınması Prosedürü"ne göre işleme özel onam formu doldurulur ve Hasta Yatış Dosyası ile birlikte hastanın yatışı yapılır.

5.2. Operasyon Öncesi Tanılama (Servis)

5.2.1. Servis hemşiresi tarafından Hasta Yatış Dosyasından bilgiler hastaya veya yakınına sorulup teyit edilerek "Hasta Tanılama ve Hasta Bilekliği Uygulama Talimatı"na göre kimlik bilekliği düzenlenerek hastanın koluna takılır.



GÜVENLİ CERRAHİ UYGULAMALARI PROSEDÜRÜ

Doküman No	AML.PR.04
Yayın Tarihi	01.12.2009
Rev. No	01
Rev. Tarihi	01.09.2016
Sayfa No	5/2

5.2.2. Hasta tanılmasında eksiklik, yanlışlık tespit edilirse hasta kabul bölümü ile irtibata geçilerek doğru tanılama kontrolü ve düzeltilmesi yapılır.

5.2.3. Cerrahi girişim için ilgili servis hemşireleri tarafından gerekli hazırlıklar yapılır.(Değerli eşyaların çıkarılması, protezler, traş, önlük, sonda vb)

5.2.4. "Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi"nde organ, bölge, taraf ve işlem net olarak hekim ve hemşire tarafından belirtilir.

5.2.5. Servis de doğrulama aşamasında uygunsuzluk tespit edilirse hastanın işlemini operasyonunu gerçekleştirecek doktor ile görüşülerek tekrar tanılama işlemi yapılır. Hasta ameliyathane alınmadan önce cerrah tarafından hasta serviste görülür ve çoklu bölge ise işaretleme işlemi yapılır. Servis Hemşiresi tarafından gerekli hasta hazırlığı yapılır.

5.2.6. Eğer hasta kendi üzerinde taraf işaretlemesini reddeder ise "Pre-Op Kontrol Ve Taraf İşaretleme Formu" üzerine işaretleme yapılır.

5.3. Hastanın Ameliyathaneye Transferi

5.3.1.Hazırlığı tamamlanan hastanın servis hemşiresi tarafından transferi "Ameliyathaneye Hasta Teslim Etme Ve Ameliyathaneden Hasta Teslim Alma Formu" ile "Hasta Transfer Prosedürü"ne uygun olarak yapılır.

5.3.2.Ameliyathane hasta girişinde "Ameliyathaneye Hasta Teslim Etme Ve Ameliyathaneden Hasta Teslim Alma Formu" ve "Ameliyathaneye Hasta Alma ve Çıkarma Talimatı"na göre hasta dosyası ile hasta servis hemşiresi tarafından ameliyathane hemşiresi veya anestezi teknisyenine imza ile teslim edilir.

5.3.3. Anestezi teknisyeni tarafından hasta eğer uyanık ise hastaya sorularak kimlik bilekliği ve dosyasından kontrol edilerek, kimlik, organ, bölge ve taraf doğrulaması yapılır.

5.3.4.İşaretleme uygulanmayacak bir operasyon gerçekleştirilecek ise anestezi uzmanı denetiminde anestezi teknisyeni tarafından "Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi"nde işaretleme yapılmayacağı belirtilir.

5.3.5. Cerrahi girişim için hazırlanan onam formu kontrol edilir.

5.3.6.Hastanın sorgulanması ve teslimi esnasında uygunsuzluk tespit edilir ise yeniden değerlendirmeler yapılır ve hastanın tanılması ve değerlendirmesi yenilenir.

5.3.7. Ameliyat sırasında kontrol aşamalarının atlanmaması ve başarılı şekilde organize edilmesi için bir cerrahi güvenlik koordinatörü belirlenir. Cerrahi güvenlik koordinatörü çoğunlukla söz konusu iş çevriminde herhangi bir hemşire / anestezi teknisyeni olacaktır ancak ameliyata katılan herhangi bir sağlık görevlisi de olabilir.

5.3.8. Ameliyathaneye kabulü ve tanılması yapılan hastanın "Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi" doğrultusunda cerrahi güvenlik koordinatörü tarafından doğrulama işlemleri başlatılır.

5.4. Cerrahi güvenlik kontrolü üç aşamalı olarak gerçekleştirilir:

5.4.1. Giriş Kontrolü / Anestezi Verilmeden Önce Yerine Getirilmesi Gerekenler (1. Aşama)

5.4.1.1. Giriş Kontrolü, işleme devam etmenin güvenliğini teyit etmek için anestezi verilmeden önce tamamlanır. Giriş Kontrolü için bir ameliyathane hemşiresinin orada olması gerekir.



GÜVENLİ CERRAHİ UYGULAMALARI PROSEDÜRÜ

Doküman No	AML.PR.04
Yayın Tarihi	01.12.2009
Rev. No	01
Rev. Tarihi	01.09.2016
Sayfa No	5/3

5.4.1.2. Cerrahi güvenlik koordinatörü tarafından tanımlanması ve ilk değerlendirilmesi yapılarak, "Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi"ne hasta/yakınına isim sorularak, dosyasından ve kimlik bilekliğinden kontrol edilerek sorgulanması ve doğrulamaların kaydedilmesi ile başlatılır.

5.4.1.2. Cerrahi güvenlik koordinatörü hasta ile birlikte sözlü olarak hastanın kimliğini, organ, bölge, taraf ve işaret kontrolü, planlanan girişim türü ve onam kontrolleri yapar.

5.4.1.3. Anestezi teknisyeni tarafından hastanın bilekliğinin yeri uygun değilse; "Hasta Tanımlama ve Hasta Bilekliği Uygulama Talimatı"na göre değiştirilir.

5.4.1.4. Cerrah tarafından hastanın tetkik sonuçları değerlendirilir ve fizik muayenesi yapılır. Cerrahi güvenlik koordinatörü tarafından sağ-sol ayrımı gibi taraf söz konusu olan vakalarda veya çoklu yapı veya seviye olan (örn.belli bir parmak,deri lezyonu, vertebra) vakalarda ameliyatı yapan cerrahın ameliyat alanını işaretlediği teyit edilir, orta hattaki yapılarda (örneğin tiroid) ya da tek organlarda (örneğin dalak) işaretleme için yerel uygulamalar izlenir. İşaretleme uygulanamayacak bir operasyon gerçekleştirilecekse cerrahi güvenlik koordinatörü Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi'ne işaretleme yapılmayacağını belirtir.

5.4.1.5. Cerrahin doğrulaması esnasında uygunsuzluk tespit edilirse hastanın primer değerlendirilmesi yenilerek işlem tekrarlanır. İşlem için gerekli olabilecek konsinye malzemenin ve implantın tedarik edildiği ve doğruluğu kontrol edilir.

5.4.1.6.Anestezi hekimi tarafından hastanın tetkik sonuçları ve fizik muayene bulgularının değerlendirilmesi yapılır ve işaretlenen onaylı organ tarafı kontrol edilir. "Anestezi Güvenlik Kontrol Listesi" (her bir vakadan önce anestezi ekipmanı, ilaçları ve hastanın anestezi riskinin incelenmesi) yapılır. Tüm bu kontroller Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi'ne anestezi hekimi tarafından kaydedilir, cerrahi güvenlik koordinatörü tarafından doğrulamaların yapıldığı kontrol edilir.

5.4.1.7. Cerrahi güvenlik koordinatörü tarafından anestezi verilmeden önce hasta üzerine bir nabız oksimetresi yerleştirildiği ve bunun düzgün işler durumda olduğu teyit edilir.

5.4.1.8. Hastaya ait risk faktörleri değerlendirilir. Aşağıdaki kontroller anestezi hekimi, anestezi teknisyeni ve cerrahi güvenlik koordinatörü tarafından yapılır.

5.4.1.9. Hastanın bilinen bir alerjisi olup olmadığı sorgulanır ve varsa ne olduğu "Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi"ne kaydedilir.

5.4.1.10. Hastanın zor entübasyon / aspirasyon riskinin olup olmadığı sorgulanır.

5.4.1.11 Hastanın >500 ml ya da daha fazla kan kaybı (çocuklarda 5 ml/kg) riskinin olup olmadığı sorgulanır. Cerrahlar kan kaybı riskini anestezi veya hemşirelik personeline her zaman iletmeyebilirler. Bu yüzden eğer anestezi görevlisi o vaka için majör kan kaybı riskinin ne olduğunu bilmiyorsa, anestezi vermeden önce mola alarak cerrahla bu riski konuşur. Bariz biçimde 500 ml'den fazla kan kaybı riski varsa, gerekli tedbirler alınır.

5.5.Son Kontrol Mola Anı/Deri İnsizyonundan Önce Yerine Getirilmesi Gerekenler

5.5.1.Cerrahi ekip; cerrah, anestezi doktoru, ameliyathane hemşiresi, anestezi teknisyeni tarafından mola (time out) verilir.

5.5.2.Tüm ekip üyeleri ad ve görevlerini belirterek kendilerini tanıtır. Cerrahi güvenlik koordinatörü odadaki her bir kişiye adları ve görevlerini belirterek kendilerini tanıtmalarını ister. Örn;"şimdi kontrol için mola anını kullanalım" der ve devam eder. "Herkes bu hastanın x hastası olduğunu ve sağ kasık fıtığı tedavisi olacağı konusunda görüş

birliği içinde midir?”.Bu soruya ait kutu anestezi görevlisinin, cerrahın ve görevli hemşirenin açık bir şekilde ve şahsen teyidi alınmadığı takdirde işaretlenmemelidir.

5.5.3. Eğer lokal anestezi yapılıyorsa ve hastanın bilinci açık ise hasta ile tanışılır. Hastanın adı, işlemi, tarafı ve çoklu organlardan hangisi olduğu söylenmesi istenir. Bilekliği ve dosyasından karşılaştırması yapılır.

5.5.4. Preop anestezi değerlendirmesi, cerrahi değerlendirme ve işaretleme değerlendirilir.

5.5.5. Gerçekleşebilecek kritik olaylar gözden geçirilir.

5.5.6.Doktor, kritik ve beklenmedik adımlar, ameliyat süresi, beklenen kan kaybını değerlendirir, hastanın pozisyonunu teyit eder.

5.5.7. Anestezi ekibi hastaya özgü olası anestezi risklerini değerlendirir.

5.5.8. Hemşire ekibi sterilite ve (indikatör sonuçları dahil olmak üzere) ekipman sorunlarını değerlendirir. Hemşire ekibi steriliteye dikkat edildi mi, ekipman sorunları veya endişeleri var mı gözden geçirilir.

5.5.9. Cerrahi enfeksiyon riskini azaltmak için, cerrahi güvenlik koordinatörü son 30 dakika içinde profilaktik antibiyotik verilip verilmediğini “Ameliyathaneye Hasta Teslim Etme ve Ameliyathaneden Hasta Teslim Alma Formu”ndan kontrol eder. Cerrahi profilaksi yapılacak hastalarda anestezi uzmanı tarafından order yazılır. Servis hemşiresi hasta ameliyathaneye çıkmadan antibiyotik profilaksisini yapar, uygulama saatini “Ameliyathaneye Hasta Teslim Etme ve Ameliyathaneden Hasta Teslim Alma Formu”na kaydeder. Eğer antibiyotik profilaksisi henüz verilmemişse, insizyon öncesi hemen verilmelidir. Eğer antibiyotik profilaksisi 30 dakikadan da önce yapılmışsa, ekip hastaya doz tekrarı yapmalıdır; eğer ek doz verilmez ise kutucuk bos bırakılmalıdır. Profilaktik antibiyotiklerin verilmesi uygun görülmemişse (cilt kesisi yapılmayan olgular, antibiyotiklerin tedavi için verildiği kontamine olgular gibi), ekip bunu sözel olarak teyit ettiği taktirde “uygulanamaz” kutucuğu işaretlenebilir.

5.5.10.Hastanın radyolojik çekimleri ile çizilen girişim bölgesi ve kayıtları karşılaştırılır.

5.5.11.Ekibin yorumları değerlendirilir. Anlaşmazlıklar varsa çözümlenir. Eğer uygunsuzluk tespit edilir ise uygunsuzluğun türüne göre işleyiş başa döner.

5.5.12.Tüm doğrulama ve kontroller cerrahi güvenlik koordinatörü tarafından “Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi”ne kaydedilir.

5.6. Hasta Ameliyathaneden Çıkmadan Önce Yerine Getirilmesi Gerekenler (Çıkış Kontrolü)

Önemli bilgilerin, hastanın ameliyat sonrası bakımından sorumlu olan bakım ekiplerine aktarılmasını kolaylaştırmak amacıyla hasta ameliyathaneden çıkmadan önce çıkış kontrolü cerrahi güvenlik koordinatörü tarafından aşağıdaki gibi yapılır.

5.6.1. Gerçekleştirilen girişim teyit edilir.

5.6.2 Açık bir kavite olması durumunda alet sayımlarının tam olduğu teyit edilir ve “Set Spanç Sayım Formu” na kaydedilir. Sayım uygulanmasına gerek olmayan durumlarda “Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi” ne “Sayım Uygulanmaz” kutucuğu işaretlenir.

5.6.3. Patolojik numunelerin tanımı ve bütün ayırt edici işaretler yüksek sesle okunarak, girişim süresince alınan bütün patolojik numunelerin doğru bir şekilde etiketlenmiş olduğu teyit edilir. Patoloji numune etiketinde; tarih,



GÜVENLİ CERRAHİ UYGULAMALARI PROSEDÜRÜ

Doküman No	AML.PR.04
Yayın Tarihi	01.12.2009
Rev. No	01
Rev. Tarihi	01.09.2016
Sayfa No	5/5

hastanın adı –soyadı, cinsiyeti, doğum tarihi, doktor adı-soyadı, numune adı (alındığı bölge), örneğin alınış şekli kaydedilir.

5.6.4. Cerrah ve anestezi uzmanı özellikle hastayı etkileyebilecek anestezi konularına odaklanarak, ameliyat sonrası iyileşme ve yönetme planını gözden geçirir.

5.6.5. Hasta, servis hemşiresine “Ameliyathaneye Hasta Teslim Etme Ve Ameliyathaneden Hasta Teslim Alma Formu” ile imza karşılığı teslim edilir.

5.7.Yanlış Alan Cerrahisi Gelişmesi Durumunda

5.7.1. Yanlış bölge / taraf ya da yanlış hasta cerrahisi gerçekleştiği durumlarda cerrahi ekip tarafından “ Güvenli Raporlama Sistemi” web sayfasından ya da form olarak doldurulur. Doldurulan form Kalite Yönetim Birimi'ne iletilir.

5.7.2. Hasta ile ilgili tüm detaylar, yapılacaklar ve araştırma Kalite ve Başhekimlik tarafından yürütülür.

5.7.3.Dikkat Edilecek Noktalar;

- Yanlış alan, yanlış işlem, yanlış hasta cerrahisi önlenmesi için tüm çalışanlar ekip olarak etkin iletişim kurallarına dikkat ederek hareket ederler.
- Hasta (veya yasal temsilcisi) de bu sürece dahil edilir.
- Alan işaretlemesi; sağ/sol ayrımı, çoklu yapılar (el ve ayak parmakları), veya seviyelerin (omurga) söz konusu olduğu vakalarda zorunludur.
- Cerrah/hemşire işaretli bölge/ tarafı yıkamaz veya örtmez.

5.7.4. Kalite Birimi Hasta Güvenliği Komitesi ile gelişen olumsuzluk için süreçleri değerlendirir ve kök neden analizi yapar. “Düzeltilici ve Önleyici Faaliyet İstek Formu” ile DÖF açar. Gerekli iyileştirmeleri planlar, takip eder.

5.8. Ameliyathanede Güvenlik Tedbirleri

Ameliyathanede alınan güvenlik tedbirleri “Ameliyathanede Hasta ve Çalışan Güvenliği Prosedürü”nde belirtilmiştir.

6. İLGİLİ DOKÜMANLAR

ARŞ.PR.03 Hasta Kayıt- Yatış Taburcu İşlemleri Prosedürü

YÖN.PR.14 Hasta ve Ailesinin Bilgilendirilmesi ve Onamının Alınması Prosedürü

KLN.TL.01 Hasta Tanımlama ve Hasta Bilekliği Uygulama Talimatı

KLN.FR.10 Ameliyat Öncesi ve Sonrası Hemşire Takip Formu

KLN.FR.13 Pre-Op Kontrol Ve Taraf İşaretleme Formu

AML.LS.01 Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi

KLN.FR.11 Ameliyathaneye Hasta Teslim Etme Ve Ameliyathaneden Hasta Teslim Alma Formu

ACL.PR.06 Hasta Transfer Prosedürü

AML.TL.02 Ameliyathaneye Hasta Alma ve Çıkarma Talimatı

AML.LS.02 Anestezi Güvenlik Kontrol Listesi

AML.FR.03 Set Spanç Sayım Formu

AML.TL.02 Ameliyathaneye Hasta Alma ve Çıkarma Talimatı

AML.PR.02 Ameliyathanede Hasta ve Çalışan Güvenliği Prosedürü

AML.LS.01 Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi

YÖN.FR.07 Düzeltilici ve Önleyici Faaliyet İstek Formu

YÖN.FR.06 Güvenlik Raporlama Sistemi