



## AMELİYAT ÖNCESİ VE SONRASI HEMŞİRE TAKİP FORMU

Dokuman No:	KLN.FR.10
Yayın Tarihi:	17.10.2009
Rev.No:	02
Rev.Tarihi:	10.03.2014
Sayfa No:	2/1

Adı Soyadı : Planlanan Ameliyat:  
Oda No : Ameliyat Tarihi :  
Dr.Adı Soyadı :

HEMŞİRELİK HİZMETLERİ	SERVİS		
	ONAY	Uygulama Saati	Hemşire İsim / İmza
1 Ameliyat Öncesi hastaya bilgi verildi mi?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		
2 Kimlik Bilgileri Kontrol edildi mi?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		
Kol Bandı takıldı mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		
3 Hasta Onam Formları var mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		
Anestezi Dr.Hastayı gördü mü?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		
Pre-op tetkikleri tamam mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		
Kan ve Kan ürünlerinin temini ve Cross-match	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		
<b>FİZİKSEL HAZIRLIKLAR</b>			
Ameliyat Bölgesi traşı yapıldı mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		
Makyaj ve ojelerin çıkarılması	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		
Takma diş, lens, takıları çıkarıldı mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		
4 Çamaşırları çıkarıldı mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		
Ameliyat gömleği, bone giydirildi mi?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		
Mesanesi Boşaltıldı mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		
Şuan gebeliği var mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		
Gebe ise ÇKS dinlendi mi?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		
5 Pre-op tedavi önerildi mi?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		
Doz: .....Lavman: .....	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		
<b>Tedavisi</b>			
6 Damar yolu açıldı mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		
Devam eden IV sıvılar .....	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		
Dr. İstemine göre premedikasyon yapıldı mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		