



AMELİYATHANEYE HASTA TESLİM ETME VE AMELİYATHANEDEN HASTA TESLİM ALMA FORMU

Dokuman No:	KLN.FR.11
Yayın Tarihi:	06.03.2014
Rev.No:	00
Rev.Tarihi:	
Sayfa No:	1/1

Hastanın Adı Soyadı: _____ Doktor Adı Soyadı : _____
Doğum Tarihi : _____ Yapılacak Ameliyat: _____
Cinsiyeti : Erkek Kadın Yattığı Servis : _____

PREOP VİTAL BULGULAR					
ATEŞ	NABİZ	TANSİYON	SOLUNUM/SPO2	KAN GRUBU	PREOP KAN ŞEKERİ

YATAN HASTA SERVİSİNDEN AMELİYATHANEYE TESLİM	KONTROL KRİTERLERİ				EVET	KONT.EDEN
	Hasta Kimlik Doğrulaması yapıldı	<input type="checkbox"/>				
	Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi Kontrolü yapıldı	<input type="checkbox"/>				
	Genel,Anestezi ve Ameliyata ait onam formları kontrol edildi	<input type="checkbox"/>				
	Hasta dosyası MR, Röntgen, USG,tetkik sonuçları kontrol edildi	<input type="checkbox"/>				
	Taraf işaretlemesi yapıldı	<input type="checkbox"/>				
	İlaç Allerjisi : <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok Var ise, neye:					
	Sistemik Hastalık <input type="checkbox"/> HiperTA <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> KOAH <input type="checkbox"/> Diğer					
	Preop verilen/ uygulanan ilaç/ tedavi:.....					
	Belirtilmesi Gereken Özel durum: <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HbsAg					
	Güvenli olarak sedyeye alındı ve sedye kenarları kaldırıldı.	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır				
	Hasta güvenli olarak ameliyathaneye teslim edildi	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır				

NOT:

TESLİM EDEN HEMŞİRE/İMZA	TESLİM ALAN ANESTEZİ TEKNİSYENİ/İMZA
--------------------------	--------------------------------------

AMELİYATHANEDEN SERVİSE TESLİM	KONTROL KRİTERLERİ				EVET	KONT.EDEN
	Ameliyat sonrası hasta uyandı	<input type="checkbox"/>				
	Bilinci açık, solunum düzenli	<input type="checkbox"/>				
	Damar yolu açık, sorunsuz kontrol edildi	<input type="checkbox"/>				
	Ağrı kesici <input type="checkbox"/> Yapıldı (.....) <input type="checkbox"/> Yapılmadı	<input type="checkbox"/>				
	Kan Transfüzyonu <input type="checkbox"/> Yapıldı (... Unite) <input type="checkbox"/> Yapılmadı	<input type="checkbox"/>				
	PCA takıldı <input type="checkbox"/> EVET <input type="checkbox"/> Epidural <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> HAYIR	<input type="checkbox"/>				
Dreni <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Sonda Takılı İdrar çıkışı <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok						

NOT:

POSTOP VİTAL BULGULAR					
ATEŞ	NABİZ	TANSİYON	SOLUNUM/SPO2	KAN GRUBU	DM İSE KAN ŞEKERİ

TESLİM EDEN ANESTEZİ TEKNİSYENİ/İMZA	TESLİM ALAN HEMŞİRE/İMZA
--------------------------------------	--------------------------