

T.C.
AĞRI VALİLİĞİ
Ağrı İl Sağlık Müdürlüğü
Ağrı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

TEKLİFE DAVET

12.08.2024

Sayı: 504

Konu: GÖĞÜS CERRAHİ, ORTOPEDİ VE GÖZ BİRİMİ İÇİN 8 KALEM MATBU EVRAK ALIM

Hastanemizin ihtiyacı olan ve aşağıda cinsi, miktarı ve özellikleri yazılı malzemelerin alımı 4734 sayılı Kamu İhale Kanununun 22/d maddesine göre Doğrudan Temin Usulü ile yapılacaktır. Söz Konusu alım için KDV hariç birim fiyat tekliflerinizi TL üzerinden 16.08.2024 saat: 11:00 'a kadar satinalma004@gmail.com adresine ivedi olarak göndermeniz hususunda; Gereğini rica ederim.

Cevdet TAŞDEMİR
İdari ve Mali İşler Müdürü

İHTİYAÇ LİSTESİ

S.No	Malzeme Adı	Sut Kodu	UBB	Miktar	Birimi	Birim Fiyatı	Toplam Tutar
1	HASTA DOSYASI KONTROL FORMU (1 SAYFA-A4)			5000	Adet		
2	HEMŞİRELİK HİZMETLERİ ÖN DEĞERLENDİRME FORMU (4 SAYFA ARKALI ÖNLÜ ORTADAN KIVRIMLI -A3)			5000	Adet		
3	GENEL HASTA BİLGİLENDİRME ONAM FORMU (1 SAYFA-A4)			5000	Adet		
4	HASTA VE HASTA YAKINI EĞİTİM FORMU (1 SAYFA-A4)			5000	Adet		
5	NÜTRİSYONEL RİSK SKORU DEĞERLENDİRME FORMU (2 SAYFA ARKALI ÖNLÜ- A4)			5000	Adet		
6	PRE-OP HASTA KONTROL VE TESLİM FORMU (1 SAYFA-A4)			5000	Adet		
7	TARAF İŞARETLEME KONTROL FORMU (1 SAYFA-A4)			5000	Adet		
8	GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ (1 SAYFA-A4)			5000	Adet		
Genel Toplam							

Teklif Eden

.../.../2024

Kişi / Oda / Firmanın Adı veya Ticaret Ünvanı - Kaşe/İmza

Ek : Teknik Şartname

Satınalmanın Yapılacağı Birim:

•**Teklif verecek firmalar Vergi No veya TC Kimlik Numarasını teklife davetin üzerine yazmak zorundadır.**

• Teklifler zarfla veya mail yoluyla kabul edilecektir.

• Malzemeler siparişten sonra Hastanemiz Ambarına mesai saatleri içerisinde Ambar Teslimi olarak teslim edilecektir.

• Malzemenin şartnameye uygunluğunun değerlendirilmesi için idarenin talep etmesi durumunda numune verilecektir.

• Alternatif Teklif Kabul edilmeyecektir

• Teklifler Birim Fiyat üzerinden değerlendirilecektir.

• Teklif edilen malzemelerin "T.C.İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankası" na kaydedilerek onaylanmış ürün numarası (barkod) olmalıdır.

• Teklif edilen ürünlerin onaylanmış ürün numarası (barkodu) liste halinde verilmelidir. Aksi takdirde değerlendirilmeyecektir.

• İdare, Muayene ve Kabul komisyonunca Kabul Raporu düzenlenmesinden itibaren yüklenicinin yazılı talebi üzerine en geç 180 gün içinde Yükleniciye veya vekiline ödemeyi yapacaktır.

• Firma veya Bayii Numarası da belirtilecektir.

• Teknik Şartname ektedir.

• En geç 7 (yedi) gün içerisinde faturası kuruma ulaştırılmayan Mal /Hizmetin ödemesi yapılmayacaktır.

• Bu alımdan ortaya çıkacak olan ihtilafların hallinde Ağrı Mahkemeleri ve İcra Daireleri Yetkilidir.

• Teklif veren Firma/Firmalar yukarıdaki maddeleri kabul etmiş sayılır.



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
AĞRI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
GENEL HASTA BİLGİLENDİRME ONAM FORMU

KOD: HD.RB.16/01

Y.TARİHİ: 25.05.2018

REV. TARİHİ:27.07.2020

REV. NO:02

SAYFA NO:1/1

Sayın hasta/vekili/ kanuni temsilcisi;

Sağlık durumunuz ve size önerilen tıbbi, cerrahi ya da teşhise yönelik her türlü işlemler ve bunların alternatifleri, faydaları, riskleri hatta olabilecek zararları hakkında bilgi sahibi olmak ve tüm bunları ya da bir kısmını ret etmek ya da kabul etmek veya yapılacak işlemleri herhangi bir aşamasında durdurmak hakkına sahipsiniz.

Sizden okuyup anlamamızı istediğimiz bu belge, sizi ürkütmek ya da yapılacak tıbbi uygulamalardan uzak tutmak için değil, bu uygulamalara rıza gösterip göstermeyeceğinizi belirleme sizi bilgilendirmek ve onayımızı almak için hazırlanmıştır.

- Hiçbir baskı ve yönlendirme olmadan, tamamen kendi özgür irademle, başvuru sebebim olan yakınmalarımı değerlendirmek, gerekli görülen muayene ve incelemeleri hiçbir kısıtlamaya tabi olmadan yapmak, sonuçlara varmak ve uygun görülen uygulamaları serbestçe yapmak üzere, AĞRI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ DOKTORLARINI, HEMŞİRE, EBİ, SAĞLIK MEMURU ve DİĞER SAĞLIK TEKNİSYENLERİ ile birlikte KLİNİĞİ'ni yetkili kılıyorum ve bu uygulamaların yapılmasını talep ediyorum.
- Doktorlarım bana, sağlık durumumla ilgiliolarak ifade edilen bir rahatsızlık olduğunu anlatmış olup, bu belgede yazılı olan ifadelerden çok daha geniş olarak bunun ne olduğu, sebepleri, rastlanma sıklığı, teşhis ve tedavi için nelerin yapılması gerektiği ve tedavi alternatifleriyle, gerek teşhis gerek tedavi işlemleri sırasında oluşabilecek beklenen ve beklenmeyen, az yad da çok tehlikeli ihtimalleri saymışlar, beni bilgilendirmiş ve rızam olup olmadığını sormuşlardır. Ben tamamen kendi rıza ve talebimle bütün bu sonuçların olabileceğini anladım, idrak ve kabul ediyorum.
- İlk başvuruda, sağlık durumumla ilgili olarak anlatılanlara, planlanmış teşhis ve tedavi uygulamalarına ek olarak doktor ve diğer tıp uygulayıcılarınca, farklı tanılara varılabileceğini, önceden planlanmış, teşhis ve tedavi uygulamalarının dışında, hatta farklı klinik ve disiplinlerce değişik işlemler yapılabileceğini biliyorum, bu işlemlerin yapılmasını idrak, rıza ve talep ediyorum.
- Tanı tedavi amacıyla gerektiğinde yapılabilir; ilaç enjeksiyon uygulaması, kan alınması, kateter takılması, lomber ponksiyon, torasentez, parasentez ve ponksiyonlar, nazogastrik sonda, idrar sondası, lavman uygulaması gibi işlemlerin yapılabileceğini, öngörülemeyen sonuçlara yol açabileceğini biliyor, ancak gerekli durumlarda kullanılmasını onaylıyorum.
- Yapılacak uygulamaların, sağlığımla ilgili tüm patolojileri/hastalıkları teşhis edemeyebileceğini, hastane ve doktorlar tarafından bu başvuruda bulunmama sebep olan halen mevcut veya şu an farkında olduğum ya da olmadığım her türlü hastalık ya da patolojik durumum/hastamın durumu için tam şifa garantisi verilmediğini; uygulamalar sırasında ya da sonrasında ortaya çıkabilecek daha önce var olmayan yeni ve teşhis ya da tedavi uygulamalarının sonuçlarına bağlı olabilecek hastalık/patolojik durumları ve komplikasyonları biliyorum, idrakindeyim kabul ediyorum.
- Teşhis ve tedavi uygulamaları sırasında gerekirse röntgen, skopi, ultrasonografi, sintigrafi, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans vb. tıbbi cihazların tatbik edilebileceğini; öngörülemeyen sonuçlara yol açabileceğini biliyor, ancak lüzum görülmesi halinde kullanılmalarını onaylıyorum.
- Bu yazılı belgenin tamamını, net bir şekilde okudum/okuma bilmediğim için anlaşılır şekilde bana okundu/tercüme edilerek bana izah edildi. Gerek başvurum sırasında ve sonrasında, gerekse bu form doldurulurken sağlık durumumla ilgili olarak bana her türlü değişik tedavi ve teşhis alternatifleri, bunların risk ve tehlikelerinin olup olmadığı anlatıldı ve bu belgede yazılı olanlar ve sorularına aldığım cevaplar ile bana, sağlığım ve yapılacak uygulamalar hakkında yeterli ve tatmin edici bilgilerin verildiğine inanıyorum.
- Formun bir nüshasını teslim aldım.

Yukarıdaki formu **OKUDUM** ve **ANLADIM** ” yazarak imzalayınız.

Tarih:...../...../20...

Hastanın ;

Adı Soyadı:

İmza:

Doktor;

Adı Soyadı:

İmza:

Saat:.....:

HASTANIN BİLİNCİ KAPALI VEYA REŞİT DEĞİLSE;

Yasal Temsilci(Vasi) veya Velinin:

Adı Soyadı:

Yakınlık Derecesi:

Telefon Numarası:

İmza:

Şahit:

Adı Soyadı:

İmza:

**AGRI EGITIM VE ARASTIRMA HASTANESI****HASTA VE HASTA YAKINININ EGITIM FORMU**

KOD: EY.FR.05

Y. TARİHİ: 28.12.2015

REV. TARİHİ: 26.08.2020

REV. NO:03

SAYFA:1/1

Hasta Adı-Soyadı:

Yatış Tarihi:

Servis:

Tanı:

Protokol No:

Öğrenim Durumu

 Okuma yazma bilmiyor Okur

Hastanın eğitilmesi/öğrenmesini engelleyecek faktörler	ENGELLERE ÇÖZÜMLER	EĞİTİM YÖNTEMLERİ	DEĞERLENDİRME
1-Engel Yok 2-Bedensel Engel 3-İşitme/konuşma eksikliği/kayıbı 4-Algılama Bozukluğu 5-Dil Problemi 6-Motivasyon Eksikliği 7-Eğitim Almaya İsteksiz 8-Eğitimi Engleyen Diğer Problemler.....	1-Aile yad a Önemli Bir Yakınıni Eğitime 2-Eğitimin İçeriğini Sınırlama 3-Gözden Geçirme/Tekrarlatma 4-Güven/Destek Sunma 5-Taburculuk Sonrası Danışman Gösterme 6-Kültürel Tercihe Saygı Duyuma 7-Çevirmen Bulma 8-Uygun Eğitim Ortamı Sağlama 9- Zamanı Belirleme	1-Düz Anlatım 2-Yazılı Materyal (Broşür) 3-İşitsel - Görsel 4-Görüşme - Tartışma 5-Uygulamalı Eğitim 6-Grup Eğitimi	1-Başarısız 2-Tekrar Edilmeli 3-Tekrar ile başarılı 4-Kısmen Başarılı 5-Başarılı

TARİH	EĞİTİM VERİLECEK KONU BAŞLIKLARI	Eğitimi Engleyen Faktör	Engellere Çözümler	Eğitim Yöntemleri	Eğitim Değerlendirme Sonucu	Eğitimi Veren Kişiler	Eğitim Veren İsim-İmza	Eğitimi Alan Hasta / Yakını İsim-İmza
	Hastanın Klinik Oryantasyonu -Servis Tanıtım -Hemşirenin Kendini Tanıtması -Kahvaltı ve yemek saatleri -Ziyaret saatleri ve kuralları -Hasta/hasta yakınının uyması gereken kurallar -Telefon kullanımı -Hasta yatağı kullanımı -Hemşire çağrı sistemi kullanımı -Hasta bilekliği kullanımı -Tuvalet- banyo kullanımı -Hekim Vizitleri -Acil durum planı					Hemşire/ Sorumlu hemşire		
	Hasta hakları ve sorumlulukları (Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet uygulayanların mutlaka yargılanacağı konularında da bilgi verilir.)					Hasta Hakları /Hemşire		
	Enfeksiyon önlenmesi ve El Hijyeni					Hemşire / EKH		
	Beslenme, mobilizasyon, boşaltım özbakım ihtiyacının karşılanması					Doktor / Hemşire		
	Düşme riski önleme yöntemleri ile ilgili eğitim					Hemşire		
	Kullanacağı ilaçlar ve akılcı ilaç kullanımı hakkında bilgi					Doktor / Hemşire		
	Sigaranın zararları ve sigaranın bırakılması ile ilgili eğitim					Doktor / Hemşire		
	Beslenme / Diyet konusunda eğitim - Preoperatif ve Postoperatif Beslenme -Dışardan Yiyecek Getirilmemesi - İlaç-Besin Etkileşimi					Hemşire/ Doktor/ Diyetisyen		
	Girişimsel İşlem Öncesi Hazırlık -Yasal Hazırlık -Fiziksel Hazırlık -Psikolojik Hazırlık					Doktor / Hemşire/ Psikolog		
	Solunum Terapisi					Doktor ve Hemşire		
	Bakıma ilişkin dikkat edilecek hususlar • Hastalığın seyri • Pre-op bakım					Doktor ve Hemşire		
	Bakım ilişkin dikkat edilecek hususlar • Ameliyat Süreci • Post-op Bakım					Doktor ve Hemşire		
	Yara İyileşmesi • Yara Bakımı • Pansuman					Doktor ve Hemşire		
	Taburculuk Eğitimi -İlaç Kullanımı, Diyet, Egzersiz, Evde Bakım, Bakım ekipmanları kullanım ve tıbbi cihaz kullanım Kontrol Zamanı(hangi branş doktoru ve nasıl başvuracağı) -Muhtemel komplikasyonlar ve özel uyarılar -Acil durumda başvurabileceği telefon numaraları					Doktor ve Hemşire		
	Hareket ve egzersiz hakkında eğitim					Doktor Fizyoterapist		
	Tıbbi Ekipmanlarının Tanıtım - Hasta odasındaki ekipmanların tanıtımları -Bakım ekipmanları kullanımı					Hemşire		
	-Kadın doğum servisinde annesütü ve enzimleme eğitimi, Aile planlaması eğitimi					Hemşire		
	Çocuk servisinde anne sütü					Hemşire		

Not:Eğitimi engelleyen faktörler, eğitim yöntemleri, eğitim materyalleri ve eğitim değerlendirme sonucu yukarıda belirtilen seçeneklere göre ilgili sütuna kodlanacaktır.



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
AĞRI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
NÜTRİSYONEL RİSK SKORU (NRS-2002) DEĞERLENDİRME FORMU

KODU:HB.FR.03

Y. TARİHİ: 03.03.2016

REV. TARİHİ:01.07.2020

REV. NO:02

SAYFA 1 / 2

Adı		Protokol No:	
Yaşı:		Yatış Tarihi:	
Cinsiyeti:		Servisi:	
Boy:.....cm	Kilo:.....gr.	Oda No:	

NRS Değerlendirme Tarihi:

ÖN DEĞERLENDİRME

• Vücut kitle endeksi (VKI) < 20,5 kg/m ² mi?	Evet	Hayır
• Hasta son 3 ayda kilo kaybetti mi?	Evet	Hayır
• Geçen hafta gıda alımında azalma oldu mu?	Evet	Hayır
• Hasta ileri derecede hasta mı? (örneğin yoğun bakımda)	Evet	Hayır

Bu sorulardan biri "Evet" ile cevaplanırsa, **Esas Değerlendirmeye** devam edilir.

Bütün sorular "Hayır" ile cevaplanırsa, hastaya her hafta yeniden **Ön Değerlendirme** yapılır.

Hastaya örneğin büyük bir ameliyat yapılması planlanıyorsa, olası bir riske karşı, önlem mahiyetinde bir beslenme planı uygulanması gerekir.

ESAS

Beslenme Durumundaki Bozulma	Puan	Hastalık Şiddeti	Puan
Normal beslenme durumu	0 (Yok)	Normal besin gereksinimi	0 (Yok)
3 ayda >%5 kilo kaybı veya geçen haftaki besin alımı normal gereksinimlerin %50-75'inin altında	1 (Hafif)	Kalça fraktürü, Özellikle akut komplikasyonları olan kronik hastalar: Siroz, KOAH, Kronik Hemodiyaliz,	1 (Hafif)
2 ay içinde kilo kaybı >%5 veya VKI 18,5-20,5 + genel durum bozukluğu veya geçen haftaki besin alımı normal gereksinimlerin %	2 (Orta)	Majör Abdominal Cerrahi, İnme, Şiddetli Pnömoni, Hematolojik Malenite	2 (Orta)
1 ay içinde kilo kaybı >%5 (3 ayda >%15) veya VKI < 18.5 + genel durum bozukluğu veya geçen haftaki besin alımı normal	3 (Şiddetli)	Kafa travması, Kemik iliği transplantasyonu, Yoğun Bakım hastaları (APACHE > 10)	3 (Şiddetli)
TOPLAM SKOR :	+1 yaşı ≥70 ise	TOPLAM SKOR:	

TOPLAM (Nütrisyonel Risk Skoru) NRS 2002:

Total Skorun Hesaplanması: İlk önce **Beslenme Durumundaki Bozulma** bölümünün puanı bulunur. Sonra **Hastalık Şiddeti** puanı bulunur. Toplanır. En son olarak da hastanın yaşı 70 yaş ve üstü ise 1 puan daha eklenir. Böylece hastanın NRS bulunur.

Puan ≥3: Beslenme riski mevcut, beslenme planı başlatılır.

Puan <3: Haftada bir NRS 2002 değerlendirmesi yapılması gerekir. Eğer büyük bir cerrahi müdahale yapılması planlanıyorsa, olası risklere karşı önlem mahiyetinde bir beslenme planı uygulanmalıdır.

Vücut Kitle İndeksi (VKI) = Vücut Ağırlığı (kg.) / Boy uzunluğunun karesi (m.)

Örnek: Vücut Kitle İndeksi (VKI) = 50 / (1.60x1.60)



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
AĞRI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
PRE-OP HASTA KONTROL VE TESLİM FORMU

KOD:HB.FR.14

Y.TARİHİ: 01.09.2013

REV. TARİHİ:01.07.2020

REV.NO:03

SAYFA NO:1/1

Hastanın

Tarih:...../...../20

Adı Soyadı :

Saat:

Protokol No :

Yaşı :

Kliniği :

Tanı :

- Hastaya ve yakınlarına bilgi verilmesi
- Hastanın aç olup olmadığının kontrol edilmesi
- Bağırsakların boşalması gereken vakalarda hastanın bağırsak temizliğinin yapıp yapılmadığını kontrol edilmesi
- Hastanın yaşam bulgularının alınıp kayıt edilmesi, anormal bir durum varsa hekime haber verilmesi
- Ameliyat bölgesinin kontrol edilmesi (ameliyat bölgesinin traş edilmesi işaretlenmesi)
NOT: İşaretleme doktor tarafından yapılacaktır.
- Hastaya ait bilgilerin kontrol edilmesi
- Tüm çamaşırların çıkarıldığından emin olunması
- Ameliyat gömleğinin giydirilmesi
- Hasta dosyası,filmleri ve ilaçları ile ameliyathaneye teslim edilmesi
- Hastanın varsa takma dişlerinin,takılarının çıkartılması
- Hastanın güvenli olarak sedyeye alınmasının sağlanması
- Hastanın ameliyathaneye güvenli bir şekilde teslim edilmesi

HASTAYİTESLİMEDEN HEMŞİRE

HASTAYİTESLİM ALAN

İMZA:

İMZA:



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
AĞRI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
TARAF İŞARETLEME KONTROL FORMU

KOD:HB.FR.24

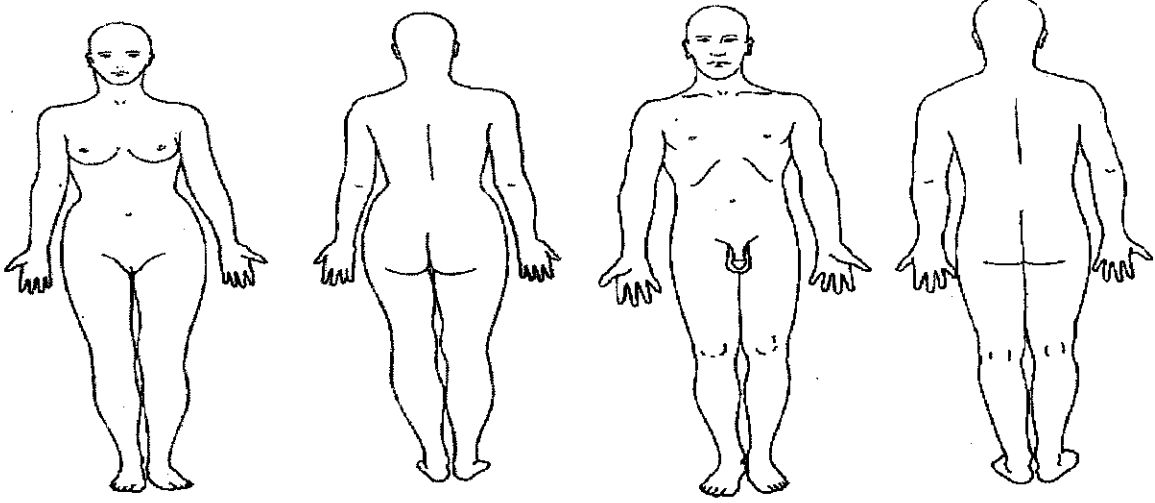
Y.TARİHİ: 01.09.2013

REV. TARİHİ:01.07.2020

REV.NO:03

SAYFA NO:1/1

NOT: İşaretleme doktor tarafından yapılacaktır.



İşaretleme hem hasta hem form üzerinde yapılmıştır

HASTANIN	
ADI SOYADI:	PROTOKOL NO:
CİNSİYETİ:	DOĞUM TARİHİ:

KLİNİĞİ:.....

YAPILACAK AMELİYAT:.....

CERRAHİ BÖLGE:.....

DOĞRU HASTA

DOĞRU İŞLEM

DOĞRU TARAF SAĞ SOL

ÇOKLU ORGAN(parmak vb) EVET HAYIR

SEVİYE VAR MI?(vertebra vb) EVET HAYIR

İŞARETLEME GEREKİYOR MU? EVET HAYIR

EVET İSE YAPILDI MI? EVET HAYIR

KONTROLÜ YAPANIN	KONTROLÜN YAPILDIĞI
ADI SOYADI:	TARİH:
İMZASI:	SAAT:



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
AĞRI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ

Y.TARİHİ: 05.09.2011	REV. TARİHİ: 01.07.2020	REV.NO: 04	SAYFA NO: 1/1	
I. Klinikten Ayrılmadan Önce 1. Hastanın: <input type="checkbox"/> Kimlik bilgileri <input type="checkbox"/> Ameliyati <input type="checkbox"/> Ameliyat bölgesi doğrulandı. 2. Hastanın nazısı kontrol edildi mi? <input type="checkbox"/> Evet 3. Hasta aç mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır 4. Ameliyat bölgesi ırsı yapıldı mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır 5. Hastada makyaj/öje, protez, değerli eşya var mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır 6. Hastanın kıyafetleri tümüyle çıkarılıp ameliyat örtüğü ve bonesi giydirildi mi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır 7. Ameliyat öncesi gerekli özel işlem var mı? <input type="checkbox"/> Lavman <input type="checkbox"/> Mesane Kateterizasyonu <input type="checkbox"/> Varis Çarabı <input type="checkbox"/> Özel Tedavi protokolü <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> Hayır 8. Ameliyat için gerekli olacak özel malzeme, implant, kan veya kan ürünü hazırlığı teyit edildi mi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır 9. Hastanın gerekli laboratuvar ve radyoloji tetkikleri mevcut mu? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	II. Anestezi Verilmeden Önce 10. Hastanın kendisinden <input type="checkbox"/> Kimlik bilgileri <input type="checkbox"/> Ameliyati <input type="checkbox"/> Ameliyat bölgesi <input type="checkbox"/> Hastanın ameliyati ile ilgili rızası doğrulandı. 11. Ameliyat bölgesinde işaretleme var mı? <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> İşaretlenme uygulanamaz 12. Anestezi Güvenlik Kontrol listesi tamamlandı mı? <input type="checkbox"/> Evet 13. Pulse oksimetre hasta üzerinde ve çalışıyor mu? <input type="checkbox"/> Evet Hastanın Risk Değerlendirmesi 14. Hastanın bilinen bir alerjisi var mı? <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var 15. Gerekli görüntüleme cihazları var mı? <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var 16. Hastada 500 ml ya da daha fazla kan kaybı riski var mı? <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var, uygun damar yolu erişimi ve sıvı planlandı.	III. Ameliyat Kesisinden Önce 17. Ekipteki kişiler kendilerini ad, soyad ve görevleri ile tanıdı mı? <input type="checkbox"/> Evet 18. Ekipten bir kişi sesli olarak hastanın kimliğini, yapılan ameliyati, ameliyat bölgesini teyit etti mi? <input type="checkbox"/> Evet 19. Kritik olaylar gözden geçirildi mi? <input type="checkbox"/> Tahmini ameliyat süresi <input type="checkbox"/> Beklenen kan kaybı <input type="checkbox"/> Ameliyat sırasında gerçekleşebilecek beklenmedik olaylar <input type="checkbox"/> Olası anestezi riskleri <input type="checkbox"/> Hastanın pozisyonu 20. Profilaktik antibiyotik sorgulandı mı? <input type="checkbox"/> Kesiden önceki son 60 dakika içerisinde uygulandı <input type="checkbox"/> Kullanılmaz 21. Kullanılacak malzemeler hazır mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır 22. Malzemelerin Sterilizasyonu uygun mu? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır 23. Kan şekeri kontrolü gerekli mi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır 24. Antikoagülan kullanımı var mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır 25. Derin Ven Trombozu profilaksisi gerekli mi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	IV. Ameliyattan Çıkımdan Önce 26. Gerçekleştirilen ameliyat için sözlü olarak <input type="checkbox"/> Hasta, <input type="checkbox"/> Yapılan ameliyat, <input type="checkbox"/> Ameliyat bölgesi, teyit edildi. 27. Alet, spanz/kompres ve iğne sayımları yapıldı mı? <input type="checkbox"/> Evet/Tam <input type="checkbox"/> Hayır 28. Hastadan alınan numune etiketinde <input type="checkbox"/> Hastanın adı doğru yazılı <input type="checkbox"/> Numunenin alındığı bölge yazılı 29. Ameliyat sonrası kritik gereksinimler gözden geçirildi mi? <input type="checkbox"/> Anesteziistin önerileri: <input type="checkbox"/> Cerrahin önerileri: 30. Hastanın ameliyat sonrası gideceği bölüm teyit edildi mi? <input type="checkbox"/> Evet	Liste Sorumlusu: Ad-Soyad, İmza
Liste Sorumlusu: Ad-Soyad, İmza	Liste Sorumlusu: Ad-Soyad, İmza	Liste Sorumlusu: Ad-Soyad, İmza	Liste Sorumlusu: Ad-Soyad, İmza	

Her bölüm, ilgili sorumlular tarafından sesli olarak kontrol edilerek işaretleme yapılmaktadır.