|  |
| --- |
| **PROTOKOL NO: TC KİMLİK NO:****ADI/SOYADI: CİNSİYET: E ( ) K ( )****DOĞUM TARİHİ: TARİH/SAAT:****DOĞUM YERİ:** **PROTOKOL NO: BÖLÜM :**  |

 1/2

|  |
| --- |
| **CERRAHIN DOĞRULAMASI :****UYGULANACAK CERRAHİ İŞLEM :** **OPERASYON BİLGİLERİNİ UYGUN ALANLARA İŞARETLEYİNİZ****1. Aşağıdakileri gözden geçirerek cerrahi girişimin uygulanacağı bölge ve tarafı doğruladım ve silinmez mürekkeple hastanın cerrahi bölgesini işaretledim.*** Fizik Muayene ( )
* Radyolojik ( eğer gerekli görülerek yapılmış ise) tetkiklerin incelenmesi ( )
* Bilgilendirilmiş Onam ( )
* Hasta ve/veya yakınına cerrahi girişimin uygulanacağı taraf ve bölgenin onaylatılması ( )

**OPERASYON BİLGİLERİNİ UYGUN ALANLARA İŞARETLEYİNİZ** SAĞ ( ) SOL ( ) Çok Parçalı yapı (Ör. El / ayak parmakları) Seviye (Ör: Vertebral/ spinal )**Tarih: Cerrahın Adı Soyadı: İmzası:** |

|  |
| --- |
| **ANESTEZİSTİN DOĞRULAMASI****1. Aşağıdakileri gözden geçirecek cerrahi bölge ve tarafı doğruladım.*** Klinik muayene ( )
* Tıbbi kayıt ve (eğer uygulanmışsa) radyolojik tetkik raporlarının gözden geçirilmesi ( )
* Cerrahi girişimin uygulanacağı bölgeye cerrah tarafından konan işaretin doğrulanması ( )
* Hasta ve/veya yakınına cerrahi girişimin uygulanacağı taraf ve bölgenin onaylatılması ( )

**OPERASYON BİLGİLERİNİ UYGUN ALANLARA İŞARETLEYİNİZ** SAĞ ( ) SOL ( ) Çok Parçalı yapı (Ör. El / ayak parmakları) Seviye (Ör: Vertebral/ spinal )**Tarih: Anestezi Dr. Adı Soyadı: İmzası:** |

|  |
| --- |
| **HEMŞİRENİN DOĞRULAMASI****1. Aşağıdakileri gözden geçirerek cerrahi bölge ve tarafı doğruladım.*** Ameliyat Listesi ( )

 * Bilgilendirilmiş onam formu ( )
* Hasta ve/veya yakınına cerrahi girişimin uygulanacağı taraf ve bölgenin onaylatılması ( )
* Hemşirelik Bakım Planı Formu ( )
* Preoperatif Hekim Notu ( )
* Cerrahi girişimin uygulanacağı bölgeye cerrah tarafından konan işaret ( )

**OPERASYON BİLGİLERİNİ UYGUN ALANLARA İŞARETLEYİNİZ****Tarih: Hemşirenin Adı Soyadı İmzası:** |

|  |
| --- |
| **HASTA ADI-SOYADI:**  **PROTOKOL NO:** **TARİH:**  |
|  **CERRAHİ TARAFIN İŞARETLENMESİ** |  **İŞARETLENEN BÖLGE/TARAF** |
|  **ÖN ARKA** ADAMSAĞSOLSAĞSOL | Tarafı olmayan organ(Tekil) Multi organ ise cerrahi işlem yapılacak organın tarafını belirtiniz Sol:…………………….. Sağ:…………………….  Parmaklar:………………. Seviye:.……………………. |
|  **Hasta üzerinde işaretleme yapıldı. Hekim**  **Ad-Soyad**  **İmza** **Hasta üzerinde işaretleme yapılmadı**  **(Ameliyat edilecek/cerrahi işlem uygulanacak bölgenin vücudumun üzerinde işaretlenmesinin fayda/zararları bana iletildi. KENDİ İSTEĞİM İLE VÜCUDUMUN İŞARETLENMESİNİ RED EDİYORUM.)** **Hasta/Hasta Yakını**  **Ad-Soyad**  **İmza**   |