

# OKOLOOPERACYJNA KARTA KONTROLNA

*Sawicki / P. Ca*

25  
1

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| Imię i nazwisko pacjenta.....  |  | data operacji  |  | OZNACZENIE PODMIOTU (pieczęćka Bloku Operac.)  |  |
| Nr pacjenta W Księdze GŁ.....  |  | ODDZIAŁ.....   |  | ZANIM PACJENT OPUŚCI BLOK OPERAC.  |  |
| <b>PRZED ZNIECZULENIEM PACJENTA</b>  |  | <b>PRZED NACIECIEM</b>   |  | Potwierdzenie przez Zespół operacyjny nazwy wykonywanej procedury<br><input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE  |  |
| <b>ZABIEG</b><br><input type="checkbox"/> Natychmiastowy/nagły<br><input type="checkbox"/> Pilny<br><input type="checkbox"/> Planowy<br><input type="checkbox"/> Przyspieszony                                   |  | Zespół operacyjny zna wrażliwość swoją tożsamość oraz funkcje w zespole operacyjnym<br><input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE<br>Nowa osoba w zespole operacyjnym: dokonanie prezentacji<br><input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE   |  | Potwierdzenie przez pielęgniarkę operacyjną zgodności liczby użytych narzędzi i materiałów<br><input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE   |  |
| <b>Potwierdzone:</b><br><input type="checkbox"/> Tożsamość pacjenta<br><input type="checkbox"/> Miejsce operowane<br><input type="checkbox"/> Procedurę operacyjną<br><input type="checkbox"/> Zgody na operację |  | Potwierdzenie przez operatora, anestezjologa, pielęgniarkę anestezjologiczną i pielęgniarkę operacyjną:<br><input type="checkbox"/> Tożsamość pacjenta<br><input type="checkbox"/> Miejsce operowanego<br><input type="checkbox"/> Procedury operacyjnej   |  | Potwierdzenie przez pielęgniarkę operacyjną<br><input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE  |  |
| <b>Oznaczono miejsce operowane</b><br><input type="checkbox"/> TAK.....<br><input type="checkbox"/> NIE  |  | <b>Potwierdzone właściwe ułożenie pacjenta:</b><br><input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE  |  | <b>Oznaczono pobrany materiał do badań</b><br><input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE<br><input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY   |  |
| <b>Ryzyko krwawienia:</b> >500 ml u dorosłych<br>>7 ml/kg masy ciała u dzieci<br><input type="checkbox"/> TAK zabezpieczono płynny i preparaty krwiotopochodne<br><input type="checkbox"/> NIE                   |  | <b>Pielęgniarka operacyjna potwierdza właściwy zestaw narzędzi operacyjnych</b><br><input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE  |  | <b>Wystąpiły powikłania w czasie operacji</b><br><input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE  |  |
| <b>Alergie</b><br><input type="checkbox"/> TAK (jakie?.....)<br><input type="checkbox"/> NIE   |  | <b>Określone możliwe odstępstwa od zaplanowanej procedury operacyjnej:</b> zmiana typu techniki operacji, wydłużeniu czasu operacji, zmiana rodzaju znieczulenia, oczekiwana utrata krwi, uzupełnienie lub zmiana zestawu narzędzi:<br>przez operatora<br><input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE<br>przez anestezjologa<br><input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE<br>przez pielęgniarkę operacyjną<br><input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE<br><input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY |  | <b>Wystąpiły problemy ze sprzętem technicznym</b><br><input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE<br><b>Operator i anestezjolog określili ewentualne problemy pooperacyjne</b><br><input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE |  |
| <b>Oceniono bezpieczeństwo przebiegu znieczulenia</b><br><input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE  |  | <b>Wypisano zlecenia pooperacyjne przez operatora</b><br><input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE  |  | <b>Wypisano zlecenia pooperacyjne przez anestezjologa</b><br><input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE  |  |
| <b>Potwierdzone:</b><br><input type="checkbox"/> Rodzaj znieczulenia   |  | <b>Zastosowano i udokumentowano okołoooperacyjną profilaktykę antybiotykową w okresie do 60 minut przed operacją</b><br><input type="checkbox"/> TAK (data i godz. ....)<br><input type="checkbox"/> NIE<br><input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY   |  | <b>Udokumentowano ocenę stanu pacjenta przed przekazaniem z bloku operacyjnego do oddziału albo sali pooperacyjnej</b><br><input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE   |  |
| <b>Zapewniono monitorowanie:</b><br><input type="checkbox"/> EKG<br><input type="checkbox"/> Pulsoksymetria<br><input type="checkbox"/> Ciśnienia tętniczego krwi<br><input type="checkbox"/> kapnometrii        |  | <b>Informacja o zastosowaniu profilaktyki przeciwzakrzepowej</b><br><input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE<br><input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY   |  | <b>Wypisano zlecenia pooperacyjne przez anestezjologa</b><br><input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE  |  |
| <b>Przewidywane trudności w utrzymaniu drożności dróg oddechowych/ryzyko aspiracji treści żołądkowej do płuc</b><br><input type="checkbox"/> TAK i zapewniono właściwy sprzęt<br><input type="checkbox"/> NIE    |  | <b>Przygotowano wyniki badań obrazowych</b><br><input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE<br><input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY  |  | <b>Wypisano zlecenia pooperacyjne przez anestezjologa</b><br><input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE  |  |
| KOORDYNATOR OKK (pieczęćka i podpis)   |  | OPERATOR (pieczęćka i podpis)  |  | ANESTEZJOLOG (pieczęćka i podpis)  |  |



# OKOLOOPERACYJNA KARTA KONTROLNA

Imię i nazwisko pacjenta.....

data operacji

OZNACZENIE PODMIOTU (pieczęćka Bloku Operac.)

Nr pacjenta W Księdze Gł. ....

ODDZIAŁ .....

**PRZED ZNIECZULENIEM PACJENTA**

**PRZED NACIECIEM**

**ZANIM PACJENT OPUŚCI BLOK OPERAC.**

**ZABIEG**

- ☐ Natychmiastowy/nagły  
☐ Pilny  
☐ Planowy  
☐ Przyspieszony

Zespół operacyjny zna wzajemnie swoją tożsamość oraz funkcje w zespole operacyjnym  
☐ TAK ☐ NIE  
Nowa osoba w zespole operacyjnym: dokonanie prezentacji  
☐ TAK ☐ NIE

Potwierdzenie przez Zespół operacyjny nazwy wykonywanej procedury  
☐ TAK ☐ NIE

**Potwierdzono:**

- ☐ Tożsamość pacjenta  
☐ Miejsce operowane  
☐ Procedurę operacyjną  
☐ Zgody na operację

Potwierdzenie przez operatora, anestezjologa, pielęgniarkę anestezjologiczną i pielęgniarkę operacyjną:  
☐ Tożsamość pacjenta  
☐ Miejsce operowanego  
☐ Procedury operacyjnej

Potwierdzenie przez pielęgniarkę operacyjną zgodności liczby użytych narzędzi i materiałów  
☐ TAK ☐ NIE

**Oznaczono miejsce operowane**

- ☐ TAK..... ☐ NIE

Potwierdzono właściwe ułożenie pacjenta:

- ☐ TAK ☐ NIE

Oznaczono pobrany materiał do badań

- ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE DOTYCZY

**Ryzyko krwawienia:** >500 ml u dorosłych

>7 ml/kg masy ciała u dzieci

- ☐ TAK zabezpieczono płynny i preparaty krwiotopochodne  
☐ NIE

Pielęgniarka operacyjna potwierdza właściwy zestaw narzędzi operacyjnych

- ☐ TAK ☐ NIE

Wystąpiły powikłania w czasie operacji

- ☐ TAK ☐ NIE

**Alergie**

- ☐ TAK (jakie?.....)  
☐ NIE

Określone możliwe odstępstwa od zaplanowanej procedury operacyjnej: zmiana typu techniki operacji, wydłużeniu czasu operacji, zmiana rodzaju znieczulenia, oczekiwana utrata krwi, uzupełnienie lub

Wystąpiły problemy ze sprzętem technicznym

- ☐ TAK ☐ NIE

**Oceniono bezpieczeństwo przebiegu znieczulenia**

- ☐ TAK ☐ NIE

zmiana zestawu narzędzi:

- przez operatora ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE DOTYCZY  
przez anestezjologa ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE DOTYCZY

Operator i anestezjolog określili ewentualne problemy pooperacyjne

- ☐ TAK ☐ NIE

**Potwierdzono:**

- ☐ Rodzaj znieczulenia

- przez pielęgniarkę operacyjną ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE DOTYCZY

Wypisano zlecenia pooperacyjne przez operatora

- ☐ TAK ☐ NIE

**Zapewniono monitorowanie:**

- ☐ EKG  
☐ Pulsoksymetria  
☐ Ciśnienie tętniczego krwi  
☐ kapnometrii

Zastosowano i udokumentowano okolooperacyjną profilaktykę antybiotykową w okresie do 60 minut przed operacją

- ☐ TAK (data i godz. ....)  
☐ NIE  
☐ NIE DOTYCZY

Wypisano zlecenia pooperacyjne przez anestezjologa

- ☐ TAK ☐ NIE

**Przewidywane trudności w utrzymaniu drożności dróg oddechowych/ryzyko aspiracji treści żołądkowej do płuc**

- ☐ TAK i zapewniono właściwy sprzęt  
☐ NIE

Informacja o zastosowaniu profilaktyki przeciwwzakrzepowej

- ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE DOTYCZY  
Przygotowano wyniki badań obrazowych ☐ TAK ☐ NIE DOTYCZY

Udokumentowano ocenę stanu pacjenta przed przekazaniem z bloku operacyjnego do oddziału

- ☐ TAK ☐ NIE

KOORDYNATOR OKK (pieczęćka i podpis)

OPERATOR (pieczęćka i podpis)

ANESTEZJOLOG (pieczęćka i podpis)