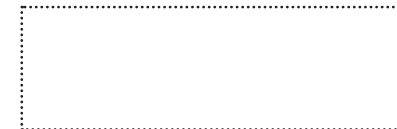




PERIOPERAČNÍ BEZPEČNOSTNÍ PROTOKOL



Verifikační procedura (při příjmu na odd.)	Předání pacienta na operační sál	Před uvedením do anestézie (*)	Před zahájením výkonu	Před transportem z operačního sálu
CAVE! alergie:				
<input type="checkbox"/> Ověření diagnózy Alergická anamnéza aktualizována <input type="checkbox"/> Ano (viz horní řádek) <input type="checkbox"/> Pacient alergii neguje Ověření druhu a strany výkonu dle: <input type="checkbox"/> ambulantní dokumentace a dále je-li opodstatněné: <input type="checkbox"/> chorobopis <input type="checkbox"/> informovaný souhlas <input type="checkbox"/> zobrazovací vyšetření Datum a čas: Identifikace a podpis ošetřujícího lékaře:	<input type="checkbox"/> Identita pacienta ověřena Informované souhlasy podepsány <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Alergie ověřena <input type="checkbox"/> Kontrola předoperační přípravy provedena <input type="checkbox"/> Kontrola odstranění zubní protézy, snímatelných šperků, přítomnosti rovnátek pozn.: Zavedené vstupy: <input type="checkbox"/> PVK <input type="checkbox"/> CVK <input type="checkbox"/> drény <input type="checkbox"/> sondy <input type="checkbox"/> močový katétr <input type="checkbox"/> jiné: Diabetes mellitus(*) <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano Pokud ano, hodnota glykémie: Tělesná teplota před odjezdem na sál(*): °C Jiné (např. počet krevních derivátů, předání léčiv na sál)	<input type="checkbox"/> Identita pacienta ověřena <input type="checkbox"/> Místo výkonu souhlasí <input type="checkbox"/> Alergie ověřena <input type="checkbox"/> Přístrojová technika je funkční a dostupná v rozsahu plánovaného výkonu Podání ATB profylaxe před úvodem do anestezie <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Není indikováno Podání ATB profylaxe před úvodem do anestezie <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Není indikováno	<input type="checkbox"/> Identita a role všech osob na operačním sále je známa <input type="checkbox"/> Identita pacienta ověřena <input type="checkbox"/> Místo výkonu souhlasí <input type="checkbox"/> Alergie ověřena <input type="checkbox"/> Potřebné přístroje, nástroje a implantáty k operaci jsou připraveny, jsou funkční a je potvrzena jejich sterilita <input type="checkbox"/> Pacient je bezpečně uložen na operačním stole Neutrální elektroda je správně umístěna a upevněna <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Není indikováno <input type="checkbox"/> Kontrola operační polohy provedena anesteziologem(*) a operátérem Na základě odsouhlasení anesteziologem(*) a operátérem/y (jména lékařů) stvrzuje	Počet nástrojů, operační materiál a šicí jehly souhlasí a jsou celistvé a funkční <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ano, s ponecháním op. materiálu <input type="checkbox"/> Není indikováno <input type="checkbox"/> Ne Pokud ne, důvod: Všechny odebrané tkáňové vzorky jsou označeny <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Není indikováno Během operace nastaly problémy s vybavením operačních sálů, zdravotních prostředků nebo nástrojů, které bylo nutno řešit <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano Jaké: Během operace nastaly mimořádné události <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano Jaké: Na základě odsouhlasení operátérem/y a instrumentářkou (jméno instrumentářky a operátéra(**)) stvrzuje
Datum a čas:	Datum a čas:	Datum a čas:	Datum a čas:	Datum a čas:
Identifikace a podpis operátéra:	Identifikace a podpis předávající sestry/lékaře: Identifikace a podpis přebírající sestry/lékaře:	Identifikace a podpis anesteziologa:	Identifikace a podpis sestry/operátéra:	Identifikace a podpis sestry/operátéra:

* Lokální anestezie: Nevypĺňuje se sloupec „Před uvedením do anestezie“ a dále položky označené hvězdičkou (*)

** Uvést pouze v případě výměny operátéra v průběhu operačního výkonu.

+

+

Verifikační procedura (vyplní operátér ke konkrétnímu operačnímu výkonu)

Lokalizace výkonu označena <input type="checkbox"/> Pravá <input type="checkbox"/> Levá <input type="checkbox"/> Nejedná se o stranový výkon Nelze označit <input type="checkbox"/> Pacient s označením nesouhlasí <input type="checkbox"/>	Lokalizace výkonu označena <input type="checkbox"/> Pravá <input type="checkbox"/> Levá <input type="checkbox"/> Nejedná se o stranový výkon Nelze označit <input type="checkbox"/> Pacient s označením nesouhlasí <input type="checkbox"/>	Lokalizace výkonu označena <input type="checkbox"/> Pravá <input type="checkbox"/> Levá <input type="checkbox"/> Nejedná se o stranový výkon Nelze označit <input type="checkbox"/> Pacient s označením nesouhlasí <input type="checkbox"/>	Lokalizace výkonu označena <input type="checkbox"/> Pravá <input type="checkbox"/> Levá <input type="checkbox"/> Nejedná se o stranový výkon Nelze označit <input type="checkbox"/> Pacient s označením nesouhlasí <input type="checkbox"/>	Lokalizace výkonu označena <input type="checkbox"/> Pravá <input type="checkbox"/> Levá <input type="checkbox"/> Nejedná se o stranový výkon Nelze označit <input type="checkbox"/> Pacient s označením nesouhlasí <input type="checkbox"/>
Byl podepsán informovaný souhlas s operačním výkonem <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne Pokud ne, důvod:	Byl podepsán informovaný souhlas s operačním výkonem <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne Pokud ne, důvod:	Byl podepsán informovaný souhlas s operačním výkonem <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne Pokud ne, důvod:	Byl podepsán informovaný souhlas s operačním výkonem <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne Pokud ne, důvod:	Byl podepsán informovaný souhlas s operačním výkonem <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne Pokud ne, důvod:
Datum a čas:	Datum a čas:	Datum a čas:	Datum a čas:	Datum a čas:
Identifikace a podpis operátéra :	Identifikace a podpis operátéra :	Identifikace a podpis operátéra :	Identifikace a podpis operátéra :	Identifikace a podpis operátéra :