



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
DENEYİM GİRİŞİM VE ANESTEZİ BÖLÜMÜ

GÜVENLİ İNVAZİF GİRİŞİM KONTROL FORMU

LUTFEN BARKOD YAPIŞTIRINIZ

HASTANIN ADI SOYADI:

HİS NO:

DOĞUM TARİHİ:(GÜN/AY/YIL)

İşlem Adı / Bölgesi:		İnvazif Girişim Tarihi:	<input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek
İnvazif Girişim Öncesi		İnvazif Girişim Sonrası	
<p>1. Hastanın;</p> <p><input type="checkbox"/> Kimlik bilgileri</p> <p><input type="checkbox"/> İnvazif işlem adı</p> <p><input type="checkbox"/> İnvazif işlem bölgesi doğrulandı</p> <p>2. Hastanın rızası kontrol edildi mi?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet</p> <p>3. Hasta aç mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır.....</p> <p>4. Hastada makyaj/oje, protez, değerli eşya var mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet..... <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>5. Hastanın işlem böge/pozisyon hazırlığı yapıldı mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır.....</p> <p>6. İnvazif girişim öncesi gerekli özel işlem var mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p><input type="checkbox"/> Diğer</p> <p>7. İnvazif girişim için gerekli olacak malzeme ve işlem öncesi hazırlığı teyit edildi mi?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p><input type="checkbox"/> Gerekli ise uygun damar yolu erişimi ve sıvı planlandı.</p> <p><input type="checkbox"/> Diğer.....</p>	<p>8. Malzemelerin Sterilizasyonu uygun mu?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>Hastanın Risk Değerlendirmesi</p> <p>9. Hastanın bilinen bir alerjisi var mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var</p> <p>10. Gerekli görüntüleme cihazları var mı?Gerekli ise</p> <p><input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var</p> <p>11. Pulse oksimetre hasta üzerinde ve çalışıyor mu ? (Gerekli ise)</p> <p><input type="checkbox"/> Evet</p> <p>12. Kritik olaylar gözden geçirildi mi?</p> <p><input type="checkbox"/> Tahmini işlemsüresi</p> <p><input type="checkbox"/> Beklenen kan kaybı</p> <p><input type="checkbox"/> İşlem sırasında gerçekleşebilecek beklenmedik olaylar</p> <p><input type="checkbox"/> Uygulanıyorsa olası (genel-lokal) anestezi riskleri</p> <p><input type="checkbox"/> Hastanın pozisyonu</p> <p>13. Profilaktik antibiyotik sorgulandı mı?(gerekli ise)</p> <p><input type="checkbox"/> İşlem önceki son 60 dakika içerisinde uygulandı</p> <p><input type="checkbox"/> Uygulanmadı</p> <p>14. Hastanın gerekli laboratuvar ve radyoloji tetkikleri mevcut mu?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p>	<p>15. Kan şekeri kontrolü gerekli mi?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>16. Antikoagülan kullanımı var mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>17. Derin Ven Trombozu profilaksisi gerekli mi?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p>	<p>1. Gerçekleştirilen invazif işlem için sözlü olarak</p> <p><input type="checkbox"/> Hasta teyit edildi.</p> <p><input type="checkbox"/> Yapılan işlem teyit edildi</p> <p><input type="checkbox"/> İşlem bölgesi teyit edildi</p> <p>2. Alet, spanç/kompres ve iğne kontrolü yapıldı mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet/Tam <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>3 Hastadan alınan numune etiketinde</p> <p><input type="checkbox"/> Doğru etiketleme yapıldı</p> <p><input type="checkbox"/> Numunenin alındığı bölge yazılı</p> <p><input type="checkbox"/> Numune uygun şekilde kaba alındı</p> <p>4. İşlem sonrası kritik gereksinimler gözden geçirildi mi?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet</p> <p><input type="checkbox"/> İşlemi Yapan Hekimin önerileri:</p> <p>5. Hastanın İşlem sonrası gideceği bölüm teyit edildi mi?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet</p>
<p>Liste Sorumlusu:(Servis Hemşiresi/teknisyen/diğer ilgili kişi.....)</p> <p>Ad-Soyad, İmza</p>		<p>Liste Sorumlusu:(Servis Hemşiresi/teknisyen/diğer ilgili kişi.....)</p> <p>Ad-Soyad, İmza</p>	

* İşlem öncesi ve sonrası hasta transferi yapılacak ise hastane içi transfer formu doldurulur.

DOK. NO:HB.FR.94

YAYIN TAR:22.10.2018

REV.NO:00

REV.TAR:--

SAYFA:1/1