

**GÜVENLİ CERRAHİ**

**Dr. Nazan ÇALBAYRAM**

**Yine, tıpta bazı şeyler asla olmamalıdır. Ancak;**

“Hasta ameliyat masasında kaldı.”

“Ameliyattan çıktı, bir daha uyanamadı.”

“Göz ameliyatı olmak için gittiği hastanede  
yanlışlıkla rahmini aldılar.”

“Sağ dizine protez takılacaktı, sol dizinden  
ameliyat oldu.”

“Kanserli böbreği yerine yanlışlıkla sağlam  
böbreğini aldılar.”

- ▶ Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre her 25 kişiden biri hayatları boyunca en az 1 kez ameliyat oluyor.
- ▶ Yılda ortalama 234 milyon ameliyat
- ▶ Gelişmiş ülkelerde hata oranı %3 - %16
- ▶ Tüm tıbbi hatalar içinde %48'i cerrahi süreçlere bağlı ortaya çıkmaktadır.

- ▶ Tıbbi hataların % 44'ü ameliyathanelerde gerçekleşmektedir.
- ▶ Basında çıkan tıbbi hataların % 45'i ameliyatlara ilgilidir.

JCI kayıtlarına göre  
1995-2006 yılları arasında raporlanan  
4064 beklenmeyen olayın 531'i  
(%13,1)  
yanlış taraf cerrahisidir.

- Ameliyatın yanlış tarafa yapılması,
- Doğru tarafa yanlış ameliyat yapılması,
- Yanlış hastaya ameliyat yapılması şeklinde görülmektedir.

# **CERRAHİ SÜRECİNDE ORTAYA ÇIKABİLECEK HATALAR NELERDİR?**

# PREOPERATİF EBELİK BAKIMI

- Ameliyat Öncesi Hazırlık

## Ameliyat Öncesi Hasta Değerlendirme Formu

Adı Soyadı		Tarihi	
Dosya No		Saatli	
Protokol No		Yatış Tarihi	
Doğum Tarihi		Cinsiyeti	F <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>

Planlanan Operasyon : .....

Planlanan Operasyon Bölgesi :  Sağ  Sol

Kan Grubu : ..... Rh( ) ..... Kilo: ..... Boy : .....

## KULLANDIĞI CİHAZLAR

 Gözlük  Protez  Takma Diş  İşitme Cihazı Diğer : .....ALERJİSİ VAR MI?  Var  Yok

Varsa Belirtiniz : .....

SİGARA KULLANIYOR MU?  Hayır  Evet

Evet İse : ..... günde ..... paket

Bıraktysa Nezaman : .....

ALKOL KULLANIYOR MU?  Hayır  Evet

Her gün ..... kadeh

Haftada ..... kadeh

BULAŞICI HASTALIĞI VAR MI?  Hayır  Evet

Varsa Belirtiniz : .....

## KRONİK HASTALIKLARI

 Diyabet  KBY  Kalp Yetmezliği  MI KOAH  HT Diğer : .....

Geçirdiği Operasyonlar : 1- ..... 2- ..... 3- .....

Sürekli kullandığı ilaç varsa Doldurunuz  Var  Yok

İlacın Adı En Son Aldığı Tarih Saat İlacın Dozu

HEMŞİRELİK FAALİYETLERİ	Yapıldı	Yapılmadı	Saat	Hemşire
Hastanın yatış, cerrahi izin belgesinin kontrol edilmesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hastaya ameliyat öncesi eğitim verilmesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Kol bandı bilgilerinin kontrol edilmesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hasta gömleğinin giydirilmesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Takı ve protezlerin çıkarılması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Makyaj ve ojesinin temizlenmesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Açlık süresinin kontrolü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anestesi konsültasyonu kontrolü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Laboratuvar istemleri kontrolü ve hazırlanması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Radyolojik istemlerin kontrolü ve hazırlanması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
EKG çekilmesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Doktor istemine göre premedikasyon yapılması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Damar yolu kontrolünün yapılması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Kan hazırlığı isteminin kontrolü ve teminin sağlanması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hasta ile birlikte ameliyathaneye götürülecek tetkiklerin hazırlanması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ameliyat bölgesinin triaş kontrolünün yapılması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Doktor istemine göre lavman yapılması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Transport sedyesinin kenarlarının kaldırılması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Taraf işaretlemesinin uygun yapılması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Diğer: .....

Hastanın teslim edildiği servis : .....

Hastayı ameliyathaneye teslim eden servis hemşiresi : .....

Kontrol eden ve teslim alan anestezik teknisyeni / teknikeri : .....

## AMELİYAT SONRASI

METPAMIT ..... amp TA : .....

ALDOLAN ..... mg NABİZ : .....

ULCURAN ..... amp SOLUNUM : .....

DİĞER : 1- .....

2- .....

3- .....

Epidural Kateteri Var mı?  Evet  HayırPCA Var mı?  Evet  HayırÜriner Kateteri Var mı?  Evet  HayırDreni Var mı?  Evet  HayırTeslim Edilmesi Gereken Tetkikleri Var mı?  Evet  HayırTeslim Edilmesi Gereken Diğer Eşyası Var mı?  Evet  Hayır

Not : .....

Teslim Eden Anestezik Teknisyeni / Teknikeri

Saat .....

Kontrol Eden Ve Teslim Alan Servis Hemşiresi

Saat .....

İmza

İmza



## CERRAHİ İNVAZİV GİRİŞİM DOĞRULAMA FORMU

Adı Soyadı			
Dosya No	Bölüm		
Protokol No	Cinsiyet	Kadın <input type="checkbox"/>	Erkek <input type="checkbox"/>
Tarih	Doğum Tarihi		

## Uygulamanın Yapılacağı Bölüm

- Ameliyathane  Radyoloji  Kateter Lab.  Acil Servis  Endoskopi Ünitesi  
 Yoğun Bakım Ünitesi  Diğer: .....

## İşaretleme İşlemi Sırasında Doldurulacak

## Hasta Kimliği Doğrulama

## İşaretleme Yapılan Yer

- Servis: .....  İşlem Alanı (Acil durumlarda veya uyumsuzluk durumunda)  
 İsim: Hastaya sorularak bileklik, ameliyat listesi ve dosya karşılaştırıldı.  Protokol No: Bileklik ile dosya karşılaştırıldı.

## Planlanan İşlem:

- Doğrulama:  Hastadan  Dosyadan  Onamdan  
 Diğer: .....

## Operasyon Alanı / Tarafı İşaretleme

- Sağ  Sol  Sağ/Sol Ayrımı Yok

## Parmak Ameliyatı İse

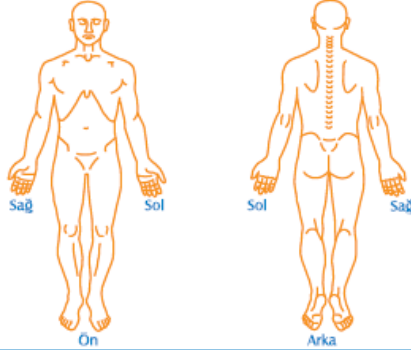
1. Parmak  2. Parmak  3. Parmak  4. Parmak  5. Parmak  Diğer: .....

## Omurga Ameliyatı İse

- Seviye: .....

Aşağıdaki durumlar için operasyon bölgesini doğru işaretleme için aşağıdaki figürleri kullanınız.

- Hasta işaretleme reddederse.  
 İşlem genital bölgede veya sağ sol ayrımının yapılmadığı bir bölgede ise.



## Operasyon Alanı / Tarafı İşaretleme

- Hasta ve/veya hasta yakınları ile birlikte serviste işaretleme yapıldı.  
 Tablo üzerinde işaretleme yapıldı.  
 Serviste işaretleme yapılmadığından işlem öncesi ameliyathane işaretleme yapıldı.  
 İşaretleme gereği yok. Nedeni: .....  
 Diğer: .....

Hasta veya Yakınının Adı Soyadı

Hekim veya Yetkili Hemşirenin Adı Soyadı

Bölgeyi Onayladığına Dair İmza

İmza

Tarih: ...../...../..... Saat: ..... : .....

## İşlem Öncesi, Girişimin Yapılacağı Alanda Doldurulacak

## Hasta Kimliği Doğrulama

## İşaretleme Yapılan Yer

- Servis: .....  İşlem Alanı (Acil durumlarda veya uyumsuzluk durumunda)  
 İsim: Hastaya sorularak bileklik, ameliyat listesi ve dosya karşılaştırıldı.  Protokol No: Bileklik ile dosya karşılaştırıldı.

## İşaretleme Doğrulaması

- Hasta / Hasta Yakınları Söylemi ile Uyumludur.  
 Onam Belgesi ile Uyumludur.  
 Radyolojik Bulgularla Uyumludur.  
 İşaretleme ile Uyumludur.  
 UYUMSUZLUK MEVCUTTUR (İşlem Durdurulur, Yeni Bir İnvaziv Girişim Doğrulama Formu ile Baştan Başlanır).

## Time Out

(İşlem odasında, tüm ekibin katılımı ile yapılır)

Aşağıdakiler Doğrulandı mı?

- Doğru Hasta.  
 Doğru İşlem.  
 Doğru Bölge / Taraf.  
 Anestezi Ekibinin Hazırlığı.  
 Cerrahi Ekibin Hazırlığı.  
 Özel Ekipman / İmplant vb. Hazırlığı. Tarih: ...../...../..... Saat: ..... : .....

## Time - Out Ekibi

İşlemi Gerçekleştirecek Hekim : .....

Anestezi Hekimi : .....

Hemşire : .....

Anestezi Teknisyeni : .....

Ameliyathane Teknisyeni : .....

Formu Dolduranın Adı Soyadı: .....

İmza: .....

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

Saat: ..... : .....

# Güvenli Ameliyathane

- ▶ Kimlik doğrulama
- ▶ Doğru hasta, doğru işlem, doğru taraf saptanması
- ▶ Ameliyathane fiziksel koşulları
  - Havalandırma
  - Ortam ısısı ve nem kontrolü
  - Kullanılacak tekstillerin güvenliği
  - Cihaz ve elektrik güvenliği
- ▶ Hasta transfer ve pozisyonlama güvenliği
- ▶ Kimyasalların güvenli kullanımı
- ▶ Yangın güvenliği
- ▶ Sarf malzeme güvenliği
- ▶ İlaç güvenliği
- ▶ Sterilizasyon

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Cerrahi tedaviyi 4 ayrı aşamaya böler;

1. Klinikten ayrılmadan önceki periyot
2. Anestezi vermeden önceki periyot
3. Ameliyat kesisinden önceki periyot
4. Ameliyattan çıkmadan önceki periyot

# GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ™

Adı Soyadı		Tarih	
Dosya No		Cinsiyeti	Kadın <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/>
Protokol No		Doğum Tarihi	
Ameliyat Bölgesi			

## I. Klinikten Ayrılmadan Önce

- Hastanın;  
 Kimlik bilgileri  
 Ameliyatı  
 Ameliyat bölgesi doğrulandı.
- Hastanın rızası kontrol edildi mi?  
 Evet
- Hasta aç mı?  
 Evet  Hayır .....
- Ameliyat bölgesi tıraşı yapıldı mı?  
 Evet  Hayır .....
- Hastada makyaj/oje, protez, değerli eşya var mı?  
 Evet .....  Hayır
- Hastanın kıyafetleri tümüyle çıkarılıp ameliyat önlüğü ve binesi giydirildi mi?  
 Evet  Hayır .....
- Ameliyat öncesi gerekli özel işlem var mı?  
 Lavman  Mesane Kateterizasyonu  
 Varis Çorabı  Özel Tedavi protokolü  
 Diğer  Hayır
- Ameliyat için gerekli olacak özel malzeme, implant, kan veya kan ürünü hazırlığı teyit edildi mi?  
 Evet  Hayır
- Hastanın gerekli laboratuvar ve radyoloji tetkikleri mevcut mu?  
 Evet

Liste Sorumlusu:  
Ad-Soyad, İmza

## II. Anestezi Verilmeden Önce

- Hastanın kendisinden  
 Kimlik bilgileri  
 Ameliyatı  
 Ameliyat bölgesi  
 Hastanın ameliyatı ile ilgili rızası doğrulandı.
- Ameliyat bölgesinde işaretleme var mı?  
 Var  İşaretlenme uygulanamaz
- Anestezi Güvenlik Kontrol Listesi tamamlandı mı?  
 Evet
- Pulse oksimetre hasta üzerinde ve çalışıyor mu?  
 Evet
- Hastanın Risk Değerlendirilmesi
- Hastanın bilinen bir alerjisi var mı?  
 Yok  Var
- Gerekli görüntüleme cihazları var mı?  
 Yok  Var
- Hastada 500 ml ya da daha fazla kan kaybı riski var mı?  
 Yok  
 Var; uygun damar yolu erişimi ve sıvı planlandı.

Liste Sorumlusu:  
Ad-Soyad, İmza

## III. Ameliyat Kesisinden Önce

- Ekipteki kişiler kendilerini ad, soyad ve görevleri ile tanıttı mı?  
 Evet
- Ekipten bir kişi sesli olarak hastanın kimliğini, yapılan ameliyatı, ameliyat bölgesini teyit etti mi?  
 Evet
- Kritik olaylar gözden geçirildi mi?  
 Tahmini ameliyat süresi  
 Beklenen kan kaybı  
 Ameliyat sırasında gerçekleşebilecek beklenmedik olaylar  
 Olası anestezi riskleri  
 Hastanın pozisyonu
- Profilaktik antibiyotik sorgulandı mı?  
 Kesiden önceki son 60 dakika içerisinde uygulandı.  
 Kullanılamaz.
- Kullanılacak malzemeler hazır mı?  
 Evet  Hayır
- Malzemelerin Sterilizasyonu uygun mu?  
 Evet  Hayır
- Kan şekeri kontrolü gerekli mi?  
 Evet  Hayır
- Antikoagülan kullanımı var mı?  
 Evet  Hayır
- Derin Ven Trombozu profilaksisi gerekli mi?  
 Evet  Hayır

Liste Sorumlusu:  
Ad-Soyad, İmza

## IV. Ameliyattan Çıkımadan Önce

- Gerçekleştirilen ameliyat için sözlü olarak  
 Hasta,  
 Yapılan ameliyat,  
 Ameliyat bölgesi,  
 Ameliyat bölgesi teyit edildi.
- Alet, spanç / kompres ve iğne sayımları yapıldı mı?  
 Evet / Tam  Hayır
- Hastadan alınan numune etiketinde  
 Hastanın adı doğru yazılı  
 Numunenin alındığı bölge yazılı
- Ameliyat sonrası kritik gereksinimler gözden geçirildi mi?  
 Anestezistin önerileri:  
  
 Cerrahin önerileri:
- Hastanın ameliyat sonrası gideceği bölüm teyit edildi mi?  
 Evet

Liste Sorumlusu:  
Ad-Soyad, İmza

\* Her bölüm, ilgili sorumlular tarafından sesli olarak kontrol edilerek işaretleme yapılmalıdır.

Hasta yatışımdan itibaren taburcu olana dek  
güvenli cerrahi için neler yapılmalıdır?

# Güvenli Cerrahi için Kontrol ve Onam Alma

- Cerrahi güvenlik kontrol formu
- Doğru taraf / alan cerrahisi
- Ameliyat öncesi hasta değerlendirme formu
- İnvaziv girişim ve kültür izlem formu
- Servisten ameliyathaneye / ameliyathaneden servise hasta transferi
- Onam formları

***Cerrahi, multidisipliner bir ekip iřidir.***



## Ameliyat sırasında

- ▶ Güvenli anestezi
- ▶ Time-out
- ▶ Pozisyonlama
- ▶ Preop spanç, ped, cerrahi alet sayımı
- ▶ Güvenli ameliyat
- ▶ Yakın takip
- ▶ Ameliyat sonunda spanç, ped, cerrahi alet sayımı



• İşlem Öncesi, Girişimin Yapılacağı Alanda Doldurulacak

**Hasta Kimliği Doğrulama**

İşaretleme Yapılan Yer

Servis: .....

İsim: Hastaya sorularak bileklik, ameliyat listesi ve dosya karşılaştırıldı.

İşlem Alanı (Acil durumlarda veya uyumsuzluk durumunda)

Protokol No: Bileklik ile dosya karşılaştırıldı.

**İşaretleme Doğrulaması**

Hasta / Hasta Yakınları Söylemi ile Uyumludur.

Onam Belgesi ile Uyumludur.

Radyolojik Bulgularla Uyumludur.

İşaretleme ile Uyumludur.

**UYUMSUZLUK MEVCUTTUR (İşlem Durdurulur, Yeni Bir İnvaziv Girişim Doğrulama Formu ile Baştan Başlanır).**

**Time Out**

(İşlem odasında, tüm ekibin katılımı ile yapılır)

Aşağıdakiler Doğrulanmıştır:

Doğru Hasta.

Doğru İşlem.

Doğru Bölge / Taraf.

Anestezi Ekibinin Hazırlığı.

Cerrahi Ekibin Hazırlığı.

Özel Ekipman / İmplant vb. Hazırlığı.

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

Saat: ..... : .....

**Time - Out Ekibi**

İşlemi Gerçekleştirecek Hekim : .....

Anestezi Hekimi : .....

Hemşire : .....

Anestezi Teknisyeni : .....

Ameliyathane Teknisyeni : .....

Formu Dolduranın Adı Soyadı: .....

İmza:

.....

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

Saat: ..... : .....

DSÖ **“Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır”**  
projesinde güvenli cerrahi için bilinen  
10 gerçekten yola çıkarak 10 ana hedef  
belirlemiştir. Hazırlanan Güvenli Cerrahi  
Kontrol Listesi'nin de bu hedefleri  
karşılmasını planlamıştır.

# 10 Ana Hedef

1.Doğru Hasta, Doğru Taraf:

# 10 Ana Hedef

## 2. Anestezi Zararını Engelleme



# ANESTEZİ GÜVENLİK KONTROL LİSTESİ<sup>TR</sup>

Hastanın Adı Soyadı	
Protokol No	
Ameliyath	
Ameliyat Tarihi	

## RİSK FAKTÖRLERİ

ASA	1	<input type="checkbox"/>	
	2	<input type="checkbox"/>	
	3	<input type="checkbox"/>	
	4	<input type="checkbox"/>	
	5	<input type="checkbox"/>	
	E	<input type="checkbox"/>	
MALLOPATİ SINIFLAMASI			
<input type="checkbox"/> Sınıf 1	<input type="checkbox"/> Sınıf 2	<input type="checkbox"/> Sınıf 3	<input type="checkbox"/> Sınıf 4
	Yok	Var	Açıklama
Aspirasyon riski	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bilinen Allerjisi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
İlaç Kullanım Öyküsü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bk Hastalık Öyküsü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anormal muayene bulgularını yazınız			

## EKİPMAN

Havayolu (Airway)	Var ve Çalışıyor?	Evet	Hayır
	Maske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Airway	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Larngoskop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Endotrakeal Tüpler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mandren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Solunum (Breathing)		Evet	Hayır
	Kaçak (300ml/dk. taze hava akımı 30 cmH2O basınç sağları) var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sodalime'da renk değişikliği var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sirkulator sisteme çift balon testi uygulandı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspiratör (SuCtion) Çalışıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
İlaç ve Materyal (Drugs and Device)		Evet	Hayır
	Oksijen tüpü dolu ve kapalı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vaporizer dolu ve yerinde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Serumlar damlıyor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	İlaçlar hazır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kan ve sıvılar hazır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Monitörün alarmı açık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nemlendirici, Isıtıcılar, Termometre hazır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acil (Emergency)		Var	Yok
	Yardımcı kişi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Adrenalin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Süksinilkolin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ambu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eğitim verilmiş masa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

# 10 Ana Hedef

## 3.Hava Yolu ve Solunum Kaybını Engelleme

## **10 Ana Hedef**

### 4.Aşırı Kan Kaybını Engelleme

## **10 Ana Hedef**

5. Bilinen alerji sorgulaması



## **10 Ana Hedef**

6.Cerrahi Alan Enfeksiyonu Engelleme

## **10 Ana Hedef**

7.Cerrahi Alanda Alet ve Span  
Kalmasını Engelleme

## **10 Ana Hedef**

8. Patoloji Numuneleri Güvencede  
Olmalı

## **10 Ana Hedef**

9.Ameliyathanede Takım Ruhu Olmalı

## **10 Ana Hedef**

10.Doğru Kayıt Tutulmalı

**Cerrahi Hataların Önlenmesi için neler yapılmalıdır?**