|  |
| --- |
| **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** ADAM  SAĞ  SOL  SAĞ  SOL | 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** | |