FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO

CENTRÁLNÍ OPERAČNÍ SÁLY

PERIOPERAČNÍ BEZPEČNOSTNÍ PROTOKOL

World Health Organization

NA DISPEČINKU OPERAČNÍCH SÁLŮ

Identifikace pacienta (štítek)

Informovaný souhlas s operací podepsán
☐ Ano ☐ Ne

Kontrola odstranění zubní protézy, šperků, umělých nehtů
☐ Ano ☐ Ne

Strana výkonu označena
☐ Ano ☐ Ne

Premedikace podána
☐ Ano ☐ Ne

Nařízený bariérový režim
☐ Ano ☐ Ne
Uveď:

VYPLNUJE DISPEČINK COST

Jméno	*Podpis*

PŘED ÚVODEM DO ANESTÉZIE

☐ **Kontrola totožnosti pacienta**

Potvrzeno pacientem
☐ Typ operačního výkonu
☐ Strana operačního výkonu

Informovaný souhlas s anestézií podepsán
☐ Ano ☐ Ne

Připraveny a zkontrolovány
☐ Léky k podání anestezie
☐ Funkčnost a kompletnost zdravotnických prostředků

Riziko obtížného zajištění dýchacích cest
☐ Ano ☐ Ne

Riziko krevní ztráty větší než 500 ml (děti > 7 ml/kg)
☐ Ano ☐ Ne

Krevní deriváty připraveny
☐ Ano ☐ Ne ☐ Neindikováno

☐ **Kontrola alergické anamnézy vč. antialergické přípravy**

VYPLNUJE ANEST. SESTRA NA ZÁKLADĚ ODSOUHLASENÍ ANESTEZIOLOGEM

Jméno	*Podpis*

PŘED PROVEDENÍM KOŽNÍ INCIZE

☐ **Totožnost a důvod přítomnosti všech osob na operačním sále je známa**

☐ **Kontrola totožnosti pacienta, typu výkonu a místa incize provedena**

Strana výkonu je označena a souhlasí se zdravotnickou dokumentací
☐ Ano ☐ Není potřeba

ATB profylaxe
☐ Podána ☐ Neindikováno

Potřebné zdravotnické prostředky - přístroje, nástroje a implantáty k operaci připraveny
☐ Ano
☐ Potvrzena jejich sterilita

Zobrazovací technika je připravena
☐ Ano ☐ Není potřeba

Bezpečnost pacienta
☐ Kontrola uložení na operačním stole
☐ Správné umístění a upevnění neutrální elektrody
☐ Zajištěna normotermie

Předpokládaná délka trvání výkonu

.....

Očekávané kritické události
☐ Nestandardní/nerutinní postupy
☐ Délka trvání výkonu
☐ Specifický materiál, instrumentárium, zařízení

VYPLNUJE PERIOPERAČNÍ SESTRA NA ZÁKLADĚ ODSOUHLASENÍ CHIRURGEM

Jméno	*Podpis*

NEŽ PACIENT OPUSTÍ OPERAČNÍ SÁL

Počet nástrojů, roušek a dalších zdravot. prostředků spočítán a souhlasí
☐ Ano
☐ Ne *Uveď:*

Biologický materiál je označen a uložen
☐ Ano ☐ Neodebrán

Použité nástroje jsou funkční a úplné
☐ Ano ☐ Ne

Střídání týmů
☐ Ano ☐ Ne

V průběhu operace zjištěny na operačním sále problémy s vybavením či technikou
☐ Ano ☐ Ne
Uveď:

V průběhu operace nastaly jiné mimořádné události
☐ Ano ☐ Ne
Uveď:

VYPLNUJE PERIOPERAČNÍ SESTRA NA ZÁKLADĚ ODSOUHLASENÍ CHIRURGEM

Jméno	*Podpis*
Datum	

☐ **Doporučení k další pooperační péči** (klíčové faktory pro zotavení z anestézie a pro další léčbu včetně léčby pooperační bolesti a PONV) jsou zaznamenány v anesteziologickém záznamu

VYPLNUJE ANEST. SESTRA NA ZÁKLADĚ ODSOUHLASENÍ ANESTEZIOLOGEM

Jméno	*Podpis*