

ZARZĄDZENIE NR 41/2015

Dyrektora Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie
z dnia 31 sierpnia 2015 r.

w sprawie wprowadzenia do stosowania w Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej.

Na podstawie § 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 sierpnia 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 r. poz. 1261) oraz § 6 Statutu Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie, zarządza się, co następuje:

§ 1

Wprowadza się do stosowania w Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie Okołooperacyjną Kartę Kontrolną, której wzór stanowi załącznik do niniejszego zarządzenia.

§ 2

Wyznacza się jako Koordynatora Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej w Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie pielęgniarkę operacyjną pomagającą, wchodzącą w skład zespołu operacyjnego/zespołu zabiegowego.

§ 3

Zobowiązuje się Dyrektora Oddziału w Gliwicach oraz Dyrektora Oddziału w Krakowie do wprowadzenia i stosowania Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik do niniejszego zarządzenia oraz wyznaczenia koordynatora Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej.

§ 4

Dotychczasowe wewnętrzne regulacje dotyczące Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej w Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie tracą moc z dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia.

§ 5

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 września 2015 r.

DYREKTOR
Centrum Onkologii – Instytutu
im. Marii Skłodowskiej – Curie
Prof. dr hab. n. med. Krzysztof Warzocha

Oznaczenie podmiotu / pieczęć nagławkowa z kodami resortowymi		OKOŁOOPERACYJNA KARTA KONTROLNA (OKK) Wpisów do OKK dokonuje koordynator na podstawie informacji udzielonych przez członków zespołu operacyjnego		Data operacji (dzień-miesiąc-rok)	
PRZED ZNIECZULENIEM PACJENTA			PRZED WYKONANIEM NACIĘCIA		
Imię i nazwisko pacjenta			Wszyscy członkowie zespołu operacyjnego potwierdzili, że znają swoją tożsamość oraz funkcję w zespole operacyjnym: ☐ Tak ☐ Nie Nowa osoba w zespole operacyjnym: dokonano prezentacji ☐ Tak ☐ Nie		
PID	Nr pacjenta w Księdze Głównej Przyjęć i Wypisów		Potwierdzenie przez operatora, anestezjologa, pielęgniarkę anestezjologiczną i pielęgniarkę operacyjną:		
Klinika/Oddział/Zakład	Tryb wykonania operacji:		tożsamości pacjenta: ☐ Tak ☐ Nie miejsca operowanego: ☐ Tak ☐ Nie procedury operacyjnej: ☐ Tak ☐ Nie		
	☐ planowy ☐ pilny ☐ nagły / natychmiastowy ☐ przyspieszony		Potwierdzenie właściwego ułożenia pacjenta: ☐ Tak ☐ Nie		
Potwierdzono: tożsamość pacjenta: ☐ Tak miejsce operowane: ☐ Tak procedurę operacyjną: ☐ Tak zgode na operację: ☐ Tak rodzaj znieczulenia: ☐ Tak	Oznaczono miejsce operowane: ☐ Tak ☐ Nie		Potwierdzenie właściwego zestawu narzędzi (przez pielęgniarkę operacyjną): ☐ Tak ☐ Nie		
	Dokonano oceny bezpieczeństwa przebiegu znieczulenia: ☐ Tak ☐ Nie	Zapewniono monitorowanie: EKG: ☐ Tak Puls oksymetrii: ☐ Tak RR: ☐ Tak Kapnometrii: ☐ Tak	Określone możliwe odstępstwa od zaplanowanej procedury operacyjnej : zmiana typu / techniki operacji, wydłużenie czasu zabiegu, zmiana rodzaju znieczulenia, oczekiwana utrata krwi, uzupełnienie, zmiana zestawu narzędzi, itp.: przez operatora ☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy przez anestezjologa ☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy przez pielęgniarkę operacyjną ☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy		
Alergie: ☐ Nie ☐ Tak (jakie)		Przewidywane trudności w utrzymaniu drożności dróg oddechowych: ☐ TAK i zapewniono właściwy sprzęt, ☐ NIE		Zastosowano i udokumentowano okołoooperacyjną profilaktykę antybiotykową do 60 minut przed zabiegiem: ☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy Zastosowano profilaktykę przeciwzakrzepową: ☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy Jeśli tak podać datę i godzinę:.....	
Ryzyko krwawienia: > 500 ml u dorosłych: ☐ TAK, zabezpieczono płyny i preparaty krwiiopochodne ☐ NIE			Przygotowano wyniki badań obrazowych: ☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy		STOP! Pytania? Wątpliwości?
ZANIM PACJENT OPUŚCI BLOK OPERACYJNY					
Potwierdzenie przez zespół operacyjny nazwy wykonanej procedury: ☐ Tak ☐ Nie		Operator i anestezjolog określili ewentualne problemy związane z przebiegiem pooperacyjnym: ☐ Tak ☐ Nie			
Potwierdzenie przez pielęgniarkę operacyjną zgodności liczby użytych narzędzi i materiałów: ☐ Tak ☐ Nie		Operator wypisał zlecenia pooperacyjne: ☐ Tak ☐ Nie			
Oznaczono materiał pobrany do badań: ☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy		Anestezjolog wypisał zlecenia pooperacyjne: ☐ Tak ☐ Nie			
Wystąpiły powikłania w trakcie zabiegu: ☐ Tak ☐ Nie		Udokumentowano ocenę stanu pacjenta przed przekazaniem z Bloku operacyjnego do Oddziału / Sali pooperacyjnej / innej: ☐ Tak ☐ Nie			
Wystąpiły problemy ze sprzętem lub trudności techniczne: ☐ Tak ☐ Nie					
Oznaczenie* KOORDYNATORA OKK pielęgniarki operacyjnej pomagającej					