



ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΛΙΣΤΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΓΙΑ ΑΣΦΑΛΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

ΤΜΗΜΑ:	Ν.Π.Σ.:	ΗΜ/ΝΙΑ:
ΟΝΟΜ/ΜΟ:	ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:	

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΛΙΣΤΑ ΕΛΕΓΧΟΥ

Βραχιολάκι ταυτοποίησης ασθενή:	☐
Γνωστή αλλεργία: Δεν αναφέρει	☐ Αλλεργία σε:
Λοιμώδες Νοσημα/ Πολυανθεκτικός μικροοργανισμός:	☐ Όχι ☐ Ναι Διευκρίνιση: _____
Ετοιμασία Χειρουργικού Πεδίου (λουτρό καθαριότητας, ευπρεπισμός περιοχής, ενδυμασία):	☐
Υποκλυσμός: Ναι ☐ Όχι ☐	Απέδωσε: Ναι ☐ Όχι ☐
Τοποθετήθηκε φλεβοκαθετήρας: Ναι ☐ Όχι ☐	
Τελευταία λήψη τροφής/υγρών :	ημερομηνία: ____ / ____ / ____ ώρα: ____ : ____
Τεχνητές οδοντοστοιχίες αφαιρέθηκαν: Ναι ☐ Όχι ☐ Δεν έχει ☐	
Έλεγχος τιμαλφών, νυχιών, φακών επαφής, ακουστικών βαρηκοΐας κλπ: Ναι ☐ Όχι ☐	
Προεγχειρητική ούρηση: Ναι ☐ Όχι ☐ Καθετηριασμός ουρ. κύστης ☐	
Φάκελος ασθενή: Ναι ☐ Όχι ☐	
Ζωτικά σημεία που μετρήθηκαν:	
A.Π.: ____ / ____ mmHg Σφύξεις: ____ /min Θερμ.: ____ °C SpO ₂ : ____ % Glu: ____ mg/dL	
Φαρμακευτική αγωγή που χορηγήθηκε την ημέρα του χειρουργείου, Ώρα: ____ : ____	

Λοιπές παρατηρήσεις (Φάρμακα ή υλικά που συνοδεύουν τον ασθενή – ιδιαίτερες επισημάνσεις):

Έξοδος από κλινική, ώρα: ____ : ____

Υπογραφή Νοσηλεύτη/τριας Κλινικής/ Μονάδας

Ονομ/μο: _____

Υπογραφή: _____

ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΛΙΣΤΑ ΕΛΕΓΧΟΥ			
ΕΛΕΓΧΟΣ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΙΣΟΔΟ ΣΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ			
<i>ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ</i>			
Ασθενής καταχωρημένος στο Gi Clinic	☐		
Ταυτοποίηση ασθενή	☐ Πλήρης	☐ Μερική	
Έλεγχος προεγχειρητικής λίστας ελέγχου	☐		
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ			
ΕΛΕΓΧΟΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ			
<i>ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ</i>			
Γνωστές αλλεργίες στον ασθενή	☐ Όχι	☐ Ναι: ☐ Φάρμακα ☐ Λάτεξ ☐ Άλλες	
Συμπλήρωση Λίστας προεγχειρητικού ελέγχου (ασφάλειας αναισθησίας) χειρουργικών αιθουσών			☐
Ινοπτικό βρογχοσκόπιο διαθέσιμο	☐		
Βασικό monitoring	☐ ΗΚΓ ☐ Παλμική Οξυμετρία ☐ Καпноγραφία ☐ Αρτηριακή πίεση		
Θερμαντικό σύστημα για τον ασθενή	☐ Ναι	☐ Όχι (Ενημερώστε)	
Δύσκολος αεραγωγός	☐ Όχι	☐ Ναι ☐ Εξοπλισμός/Βοήθεια διαθέσιμη	
Κίνδυνος για απώλεια αίματος >500 ml	☐ Όχι	☐ Ναι ☐ Επαρκείς φλεβικές προσβάσεις/Προγραμματισμός υγρών	
Η νοσηλευτική ομάδα επιβεβαιώνει την αποστείρωση των υλικών	☐ Ναι	☐ Μ.Ε	☐ Όχι (Αναφορά)
Αντιθρομβωτικές κάλτσες	☐ Ναι		☐ Όχι
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			
ΕΛΕΓΧΟΣ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΤΟΜΗ ΣΤΟ ΔΕΡΜΑ			
<i>ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ (ΕΡΓΑΛΕΙΟΔΟΣΙΑΣ- ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ)</i>			
Καταγραφή με ευκρινή τρόπο του ρόλου και των ονομάτων της χειρουργικής ομάδας	☐		
Η χειρουργική ομάδα επιβεβαιώνει το είδος της επέμβασης	☐		
Η χειρουργική ομάδα επιβεβαιώνει το χειρουργικό πεδίο	☐		
Ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός διαθέσιμος και ελεγμένος	☐		
Απαραίτητα υλικά διαθέσιμα	☐		
Έλεγχος και ασφάλεια της σωστής χειρουργικής θέσης	☐		
Ασηψία/Αντισηψία του χειρουργικού πεδίου	☐		
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			
ΈΛΕΓΧΟΣ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΑΠΟ ΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ			
<i>ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ(ΕΡΓΑΛΕΙΟΔΟΣΙΑΣ- ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ)</i>			
Ολοκληρώθηκε ο έλεγχος εργαλείων, γαζών, αιχμηρών αντικειμένων;	☐		
Έγινε σωστή καταγραφή των δειγμάτων;	☐		
Υπήρχαν προβλήματα με τον εξοπλισμό που πρέπει να αναφερθούν;	☐		
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

ΕΛΕΓΧΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΟΔΟ ΣΤΗΝ ΑΝΑΝΗΨΗ	
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΑΝΑΝΗΨΗΣ	
Λήψη Ζωτικών Σημείων: ☐	
Α.Π.: ____ / ____ mmHg Σφύξεις: ____ /min Θερμ.: ____ °C SpO ₂ : ____ % Glu: ____ mg/dL	
Χρήση O ₂ : ☐ Όχι	☐ Ναι: ☐ Ρινική Κάνουλα ☐ Μάσκα O ₂ ☐ Venturi Λίτρα.....
Ουροκαθετήρας: ☐ Ναι ☐ Όχι	Levin: ☐ Ναι ☐ Όχι Παροχετεύσεις: ☐ Ναι ☐ Όχι
Αρτηριακή Γραμμή ☐ Ναι ☐ Όχι	
Αντλία Αναλγησίας ☐ Ναι ☐ Όχι	Αξιολόγηση του πόνου (κλίμακα NRS: 0-10): ____ / 10
Επισκληριδίου Καθετήρας ☐ Ναι ☐ Όχι	
Μετάγγιση ☐ Ναι ☐ Όχι	
Αντιδράσεις Κατά Τη Μετάγγιση ☐ Όχι ☐ Ναι Αναφέρετε: _____	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ	
ΕΛΕΓΧΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΑΝΗΨΗ	
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΑΝΑΝΗΨΗΣ	
Λήψη Ζωτικών Σημείων: ☐	
Α.Π.: ____ / ____ mmHg Σφύξεις: ____ /min Θερμ.: ____ °C SpO ₂ : ____ % Glu: ____ mg/dL	
Χρήση O ₂ : ☐ Όχι	☐ Ναι: ☐ Ρινική Κάνουλα ☐ Μάσκα O ₂ ☐ Venturi Ροή..... L/min
Ουροκαθετήρας: ☐ Ναι ☐ Όχι	Levin: ☐ Ναι ☐ Όχι Παροχετεύσεις: ☐ Ναι ☐ Όχι
Αρτηριακή Γραμμή ☐ Ναι ☐ Όχι	
Αξιολόγηση του πόνου (κλίμακα NRS: 0-10): ____ / 10	
Επισκληριδίου Καθετήρας ☐ Ναι ☐ Όχι	
Αντλία Αναλγησίας ☐ Όχι ☐ Ναι	Διάλυμα: _____ Ρυθμός έγχυσης ____ / ml/h
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΠΡΟΣ ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΚΙΝΗΣΗΣ:	

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ/ ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/ΤΡΙΑ ΥΠΟΔΟΧΗΣ: _____

ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/ΤΡΙΑ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ: _____

ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/ΤΡΙΑ ΕΡΓΑΛΕΙΟΔΟΣΙΑΣ: _____

ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/ΤΡΙΑ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ: _____

ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/ΤΡΙΑ ΑΝΑΝΗΨΗΣ: _____

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΛΙΣΤΑ ΕΛΕΓΧΟΥ

Τμήμα: _____

Ημ/νία Επιστροφής στο Τμήμα: ____ / ____ / 202__, Ώρα ____:____

Ταυτοποίηση ασθενή: ☐

Λήψη Ζωτικών Σημείων: ☐

A.Π.: ____ / ____ mmHg Σφύξεις: ____ /min Θερμ.: ____ °C SpO₂: ____ % Glu: ____ mg/dL

Παροχετεύσεις / Στομίες* : _____

Έλεγχος φλεβικής γραμμής: Περιφερικός φλεβικός Καθετήρας (ΠΦΚ): ☐ Κεντρικός φλεβικός Καθετήρας (ΚΦΚ): ☐

Έλεγχος διούρησης: Ουροκαθετήρας ☐ ☐ Ποσότητα ούρων _____ ml

Χρήση O₂: ☐ Όχι ☐ Ναι ☐ Ρινική κάνουλα ☐ Μάσκα O₂ ☐ Venturi Ροή..... L/min

Επίπεδο Συνείδησης: (κλίμακα AVPU)**: _____ Ναυτία / Έμετος: Ναι ☐ Όχι ☐

Αξιολόγηση του πόνου (κλίμακα NRS: 0-10): ____ / 10

Μετεγχειρητικές οδηγίες δόθηκαν: Ναι ☐ Όχι ☐

Έλεγχος τραύματος: Ναι ☐ Όχι ☐

Ακεραιότητα Δέρματος: Ναι ☐ Έλκος πίεσης ____ βαθμού Θέση: _____

Χειρουργικό Έγκαυμα σε: _____

Αντλία Αναλγησίας ☐ Όχι ☐ Ναι Διάλυμα: _____ Ρυθμός έγχυσης ____ / ml/h

Παρατηρήσεις:

Ο/Η ασθενής παραλήφθηκε από : _____

Υπογραφή : _____

*Στις στομίες και τις παροχετεύσεις καταγράφουμε θέση και ποσότητα (ml)

** **Κλίμακα AVPU** : **A**: Όταν ο ασθενής είναι σε εγρήγορση (Alert), **V**: Όταν ο ασθενής απαντά σε λεκτικά ερεθίσματα (Verbal)

P: Όταν ο ασθενής απαντά μόνο σε επώδυνα ερεθίσματα (Painful) **U**: Ο ασθενής ΔΕΝ απαντά (Unresponsive)