

**T.C.
MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI**

ANESTEZİ VE REANİMASYON

**FORMLAR
723H00100**

Ankara, 2011

-
- Bu modül, mesleki ve teknik eğitim okul/kurumlarında uygulanan Çerçeve Öğretim Programlarında yer alan yeterlikleri kazandırmaya yönelik olarak öğrencilere rehberlik etmek amacıyla hazırlanmış bireysel öğrenme materyalidir.
 - Millî Eğitim Bakanlığınca ücretsiz olarak verilmiştir.
 - PARA İLE SATILMAZ.

İÇİNDEKİLER

AÇIKLAMALAR	3
GİRİŞ	5
ÖĞRENME FAALİYETİ-1	7
1. FORMLARI AYIRT ETME	7
1.1. Hasta Dosyası.....	7
1.1.1. Hasta Tabelası (İlaç Tabelası)	7
1.1.2. Konsültasyon Kâğıdı	9
1.1.3. Müşahede Kâğıdı	10
1.1.4. Derece Kâğıdı	10
1.1.5. Bilgilendirilmiş Hasta Onam (Rıza) Formu.....	11
1.1.6. Anestezi Formu.....	11
1.2. Kayıt Tutarken Dikkat Edilecek Noktalar.....	14
UYGULAMA FAALİYETİ	15
ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME	16
ÖĞRENME FAALİYETİ-2	17
2. DERECE KÂĞIDI	17
2.1. Derece Kâğıdının Doldurulması	17
2.2. Derece Kâğıdının İşlenmesinde Dikkat Edilecek Noktalar	18
UYGULAMA FAALİYETİ	20
ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME	21
ÖĞRENME FAALİYETİ-3	22
3. BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU	22
3.1. Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formunun Önemi	22
3.2. Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formunun Bölümleri.....	24
3.3. Doldurulmasında Dikkat Edilecek Noktalar	34
UYGULAMA FAALİYETİ	35
ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME	36
ÖĞRENME FAALİYETİ-4	37
4. ANESTEZİ FORMUNA KAYIT	37
4.1. Anestezi Formu	37
4.1.1. Anestezi Formunun Bölümleri	38
4.1.2. Anestezi Formunda Kullanılan Özel İşaretler	38
4.2. Aldığı, Çıkardığı Sıvı Takibi	39
4.3. Anestezi Formunun Doldurulmasında Dikkat Edilecek Noktalar.....	41
4.4. Anestezi Formunun Kapatılmasında Dikkat Edilecek Noktalar	42
UYGULAMA FAALİYETİ	43
ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME	46
ÖĞRENME FAALİYETİ-5	47
5. PROTOKOL DEFTERİNE KAYIT.....	47
5.1. Anestezi Protokol Defteri.....	47
5.1.1. Protokol Defterine Kayıt.....	48
5.1.2. Protokol Numarası Verme	48
5.2. Anestezi Protokol Defterine Kayıt Yapılırken Dikkat Edilecek Noktalar	48
UYGULAMA FAALİYETİ	49
ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME	50

ÖĞRENME FAALİYETİ-6	51
6. ANESTEZİ SARF MALZEME FORMU	51
6.1. Sarf Malzeme Formunun Doldurulması.....	51
6.2. Anestezi Sarf Malzeme Formunun Doldurulmasında Dikkat Edilecek Noktalar	51
UYGULAMA FAALİYETİ	53
ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME	54
MODÜL DEĞERLENDİRME	55
CEVAP ANAHTARLARI	56
KAYNAKÇA	58

AÇIKLAMALAR

KOD	723H00100
ALAN	Anestezi ve Reanimasyon
DAL/MESLEK	Anestezi Teknisyenliği
MODÜLÜN ADI	Formlar
MODÜLÜN TANIMI	Anestezi uygulamalarında kayıtların doğru ve eksiksiz tutulmasında kullanılan formları doldurmak için gerekli bilgi ve beceri basamaklarını içeren öğrenme materyalidir.
SÜRE	40/16
ÖNKOŞUL	Ön koşul yoktur.
YETERLİK	Formları doldurmak
MODÜLÜN AMACI	<p>Genel Amaç</p> <p>Bu modül ile ameliyathane, yoğun bakım, reanimasyon üniteleri ve/veya teknik laboratuvar ortamında gerekli araç gereç sağlandığında, anestezi uygulamalarında kullanılan hastaya ait gerekli formları doğru ve eksiksiz doldurabileceksiniz.</p> <p>Amaçlar</p> <ol style="list-style-type: none">1. Hasta dosyasında bulunan ve anestezi uygulamalarında kullanılan formları doğru olarak ayırt edebileceksiniz.2. Vital bulguları derece kâğıdının ilgili bölümüne doğru ve eksiksiz kayıt edebileceksiniz.3. Hasta veya hasta yakınına, anestezi uygulamalarında kullanılan bilgilendirilmiş hasta onam formunu doğru olarak doldurabileceksiniz.4. Hastaya ait anestezi formunu dikkatli ve doğru bir şekilde doldurarak işlem sonunda eksiksiz kapatabileceksiniz.5. Anestezi formunu doğru, dikkatli ve eksiksiz bir şekilde protokol defterine kayıt edebileceksiniz.6. Anestezi sarf malzeme formunu en az 2 nüsha halinde ve doğru doldurabileceksiniz.

EĞİTİM ÖĞRETİM ORTAMLARI VE DONANIMLARI	<p>Donanım: Anestezi formu, hasta onam formu, derece kâğıdı, anestezi sarf malzeme formu, mavi, kırmızı, siyah tükenmez kalem, karbon kâğıdı, kol saati, tansiyon aleti, derece, monitör.</p> <p>Ortam: Hastane, ameliyathane, yoğun bakım, reanimasyon üniteleri ve/veya teknik laboratuvar.</p>
ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME	<p>Modülde yer alan, her faaliyetten sonra verilen ölçme araçları ile kazandığınız bilgileri ölçerek kendi kendinizi değerlendireceksiniz.</p> <p>Öğretmen, modülün sonunda, size ölçme aracı (Test, çoktan seçmeli, doğru-yanlış, vb.) kullanarak modül uygulamaları ile kazandığınız bilgi ve becerileri ölçerek değerlendirecektir.</p>

GİRİŞ

Sevgili Öğrenci,

Günümüzde sunulan sağlık hizmetinin kalitesi kadar hizmetin kayıt altına alınmasının da üzerinde hassasiyetle durulmaktadır.

Anestezi uygulamaları sırasında, hastaya yapılan her işlemin doğru, eksiksiz, anlaşılır bir şekilde ve zamanında anestezi takip formuna kaydedilmesi gerekir. Bunun yerine getirilmemesi, yanlış ilaç uygulamalarına, dolayısıyla hastada telafisi mümkün olmayan durumların yaşanmasına neden olmaktadır.

Doğru, eksiksiz ve zamanında yapılan kayıtlar, anestezi ekibinin hastayı daha rahat takip etmesini, hastanın güvenli bir şekilde anestezi almasını sağlayacak, aynı zamanda gelişebilecek herhangi bir hukuki sorun karşısında, çalışanı koruyan bir belge oluşturacaktır.

Düzenli ve doğru tutulmuş bir anestezi formu, hastaya yapılan ilaç ve uygulamaların dozu ve saatini göstermenin yanında, hastanın operasyon süresince anestezi uygulamaları ve cerrahi girişimin seyri hakkında da bilgi verir. Yapılması gereken ilaç ve uygulamalara rehberlik eder.

Bu modülde öğrendiğiniz bilgilerle, anestezi takip formu ve diğer formları eksiksiz ve doğru bir şekilde düzenleyerek kaydetmeyi öğreneceksiniz. Bu sayede uygulama yaptığınız alanlarda, kayıt ihmali sonucu hastada sorun yaratabilecek durumları önlemiş olacaksınız.

ÖĞRENME FAALİYETİ-1

AMAÇ

Hasta dosyasında bulunan ve anestezi uygulamalarında kullanılan formları doğru ayırt edebileceksiniz.

ARAŞTIRMA

- Hasta dosyasında bulunması gereken formlardan birer boş örnek temin ederek inceleyiniz.
- Formların doldurulması ve kaydedilmesindeki yanlışlar ne gibi olumsuzluklar yaratır, araştırınız.
- Uygulama alanlarında kayıtların tutulması ile ilgili ne tür sorunlar yaşandığını araştırınız.

1. FORMLARI AYIRT ETME

Sağlık kurumlarında hastalara ait bilgilerin yer aldığı ve hastalıklarına yönelik yapılan tüm girişimlerin kaydedildiği formlar bulunmaktadır. Bu formlar standart bilgileri toplamaya, veri elde etmeye, araştırma yapmaya ve gerektiğinde kanıt olarak kullanılmaya yarar. Özellikleri dolayısıyla sağlık alanında kullanılan formlar ve elde edilen veriler büyük önem arz eder.

1.1. Hasta Dosyası

Hastaneye yatan her hasta için “ Hasta Kabul Servisi” görevlileri tarafından bir hasta dosyası çıkarılır. Hastane içinde kullanılacak bazı formlar bu dosya içinde yer alır. Örneğin, ilaç (hasta tabelası) tabelası, müşahede kâğıdı, hasta yatış kâğıdı gibi. Bazı formlar ise hastanın tedavi gördüğü klinikte çalışan sağlık personelleri tarafından hazırlanarak dosyaya bırakılır. Örneğin; derece kağıdı, hemşire bakım planı, hasta takip formu, gerekirse konsültasyon kağıdı, hasta rıza formu gibi. Hastaya ait laboratuvar ve radyolojik muayene sonuçları da yine aynı dosya içerisinde yer alır.

Hasta dosyasında hasta kimlik bilgileri, hastalığa dair bilgiler ile teşhis ve tedavinin seyrini gösteren tüm bilgiler mevcuttur. Bütün bu formlar ve bilgiler belge niteliğinde olup hastalara ait bu dosyalar ve içeriği arşivlenerek saklanmaktadır.

1.1.1. Hasta Tabelası (İlaç Tabelası)

Hasta tabelası hastaya her gün uygulanacak ilaçların doz, veriliş yolu ve diyetlerinin belirtildiği, hekim tarafından yazılan formlardır. Aşağıdaki hasta tabelasını gösteren Tablo 1.1’i dikkatli inceleyiniz.

HASTA TABELASI

Bölüm :
Tedavi Eden Hekim:.....

Bölüm Kayıt :
Hasta Kabul:

<u>Hastanın Kimliği</u> Adı:..... Soyadı:..... Cinsiyeti: Yaşı:..... Mesleği:..... Adresi:.....	Tanı (En son teşhis yazılacak)		Hastalık
	Yapılan ameliyat		Büyük [] Orta [] Küçük []
	Hastalığın sonu	Tam İyileşti [] Kısmen iyileşti [] Değişiklik Yok [] Hastalık İlerledi [] Yaşamını Yitirdi []	
	Doğum	Normal [] Müdahaleli []	
	Ücretli/Ücretsiz		

Hasta kayıt defterine işlendi.

Hasta Kayıt Memuru
İmza

Hastalık istatistik fişine işlendi.

İstatistik Memuru
İmza

Dikkat:..... Allerji yapıyor. (Dikkat çekilmesi için kırmızı kalemle yazılacak.)

Tarih	Verilen İlaçlar	Tedavi ile ilgili öneriler veya yapılacak müdahale ve hazırlıklar	Yemekler

Tablo 1.1: İlaç (hasta) tabelası

İlaç tabelasının sol üst kısmında; tedavi yapan hekim ile hastanın kimlik bilgileri yer alır. Sağ üst kısımda servis/ bölüm, bölüm kayıt numarası, hasta kabul numarası, tanı, yapılan ameliyat (büyük, orta, küçük ameliyat gibi...), hastalığın sonu (tam iyileşti, kısmen iyileşti, değişiklik yok, hastalık ilerledi, yaşamını yitirdi), doğum (normal, müdahaleli doğum) gibi bilgiler bulunur.

İlaç tabelasında dört sütun vardır. Bunlar:

- Birinci sütun, tarih,
- İkinci sütun, verilen ilaç veya ilaçlar,
- Üçüncü sütun, tedavi ile ilgili öneriler veya yapılacak müdahale ve hazırlıklar,
- Dördüncü sütun, ise hasta diyetinin belirtildiği bölümdür.

İlaç tabelaları her gün hasta vizitini takiben hekim tarafından yazılır. Servisten sorumlu sağlık personeli öncelikle ilaç tabelalarından yapılacak tedavi ve uygulamaları tedavi defterine yazar, sonrasında hastaya uygular. Diyet ise günlük yemek listesine işlenir.

1.1.2. Konsültasyon Kâğıdı

Hastanın genel durumu, hastalığın teşhisi ve tedavisi için gerek görüldüğünde iki veya daha fazla hekimin karşılıklı görüşerek bir sonuca varmasına konsültasyon denir. Görüşü alınmak üzere çağırılan uzman hekime de konsültan hekim denir. Bu işlem için konsültasyon kağıdını, hastayı takip eden hekim doldurur. Konsültan hekim hastayı muayene ettikten sonra kendi görüş ve önerilerini bu formun ilgili bölümüne kaydeder.

<p>T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI HASTANESİ</p> <p>KLİNİKLER ARASI KONSÜLTASYON FORMU</p>	
Konsültasyon istenen klinik :	Konsültasyon istem tarihi:
Konsültasyon isteyen klinik :	Saat :
Hastanın adı soyadı :	
Yatak Nu :	
Protokol Nu :	
Konsültasyon isteme nedeni :	
.....	
.....	
.....	
Konsültasyon Notu :	
Konsültasyon Yapan Doktor :	

Tablo 1.2: Konsültasyon kağıdı

Sistem hastalığı veya alerji varlığında, ameliyat öncesi durumunun tespiti, anestezi süresince komplikasyon yaratabilecek sorunun tedavi edilmesi ve hastanın genel durumunun daha iyi bir duruma gelmesi için konsültasyon istenir.

1.1.3. Müşahede Kâğıdı

Hastaneye yatan her hasta için hekim tarafından doldurulan formlardan biridir. Müşahede kâğıdında; hastanın hastaneye başvurma nedeni, soy geçmişi ve öz geçmişinin sorgulandığı bölümler ile sistemlerin sorgulandığı ve değerlendirildiği bölümler yer alır. Anemnez ve fiziki muayene sonucu elde edilen veriler müşahede kâğıdına kaydedilmektedir.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
..... HASTANESİ
Müşahede Kağıdı

Servis Şefi :	Hastanın Adı ve Soyadı :
Asistan :	Doğum Tarihi/
Hastane Pro. Nu :	Mesleği :
Yatak Nu :	Adresi :
TEŞHİS	
GİRİŞ TARİHİ:	SONUÇ:
ÇIKIŞ TARİHİ:	
ŞİKAYETİ :	
HİKAYESİ :	
SOYGEÇMİŞİ :	
ÖZGEÇMİŞİ :	
GENEL DURUM :	
SOLUNUM SİSTEMİ :	
DOLAŞIM SİSTEMİ :	
SİNDİRİM SİSTEMİ :	
ÜROGENİTAL SİSTEM :	
NEROJETATİF VE ENDOKRİN SİSTEMİ :	
BEŞ DUYU ORGANLARI:	

Tablo 1.3: Müşahede kağıdı

1.1.4. Derece Kâğıdı

Hastanın sabah akşam alınan hayati belirtilerinin, (derece, nabız, solunum) grafik şeklinde kaydedildiği formdur. Derece kağıdı örneği Tablo 1.4' te gösterilmiştir.

Derece kağıdının üst kısmında hasta kimlik bilgileri ile yattığı bölüm, bölüm kayıt nu, tedavi eden doktorun ismi ve hastanın hastanede yattığı günlerin tarih ve sayısını gösteren sütun yer alır.

Formun alt bölümünde ise kan basıncı, dışkı, idrar, kusma, ağırlık, aldığı sıvının yazılacağı bölümler bulunur.

Derece kağıtları genellikle hayati bulguları 25 gün gösterecek şekilde hazırlanmıştır.

1.1.5. Bilgilendirilmiş Hasta Onam (Rıza) Formu

Hastalara anestezi uygulamaları ve cerrahi işlem öncesinde yasal hazırlık yapılır. Bilgilendirilmiş hasta onam (rıza) formu, hastanın yapılacak tıbbi müdahaleye izin verdiğini gösteren belgedir. Bu formun hasta veya hasta yakınlarına imzalatırılması zorunludur.

İkinci faaliyette “Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formu” ile ilgili detaylı bilgi ve doldurulmasına dair uygulama faaliyeti yer almaktadır.

1.1.6. Anestezi Formu

Her hastanenin kendine göre anestezi takip fişi adı altında anestezi formları vardır. Aralarında bazı farklılıklar olmakla beraber hepsi, hastaya yapılan uygulama ile ilgili genel bilgileri içerir.

Anestezi takip formunda, ameliyat olacak hastanın adı soyadı, tarih, protokol numarası, yaşı, cinsiyeti, fiziki durumu, pre ve postoperatif komplikasyonlar, ameliyatın yeri, türü, süresi, anestezi ve cerrahın isimleri, anestezinin türü, premedikasyon ve anestezi de kullanılan ilaçlar, pozisyon, hayati fonksiyonları ile aldığı sıvılar ve kanların kaydedildiği bölümler ile hemoglobin, hematokrit, kan grubu, açlık kan şekeri ve üre gibi önemli laboratuvar sonuçlarının kaydedildiği bölümler yer alır. Anestezi formu örneği tablo 1. 5’te gösterilmiştir, dikkatle inceleyiniz.

Anestezi formu hayati bulguları beşer dakika ara ile kaydedecek şekilde düzenlenmiştir.

Anestezi formunun en az iki nüsha şeklinde hazırlanması gerekmekte olup bir nüsha hasta dosyasına, diğeri anestezi arşivine bırakılmalıdır.

Kayıtlar siyah veya mavi tükenmez kalem ile yapılmalıdır. Anestezi formu Faaliyet 2’de detaylı olarak ele alınmıştır.

DERECE KÂĞIDI

Adı soyadı: Baba adı: Cinsiyeti: Yaşı:											Yattığı Bölüm: Bölüm Kayıt No: Oda/ Yatak No:	
Tarih												
Yattığı günler			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sol.	nabız	derece										
60	140	41										
50	120	40										
40	100	39										
30	80	38										
20	60	37										
10	40	36										
Kan Basıncı												
Dışkı												
İdrar												
Kusma												
Ağırlık												
Aldığı sıvı												

Tablo 1.4: Derece kağıdı

HASTANESİ ANESTEZİ FORMU

İsim				Yaş			Ağırlık			Boy							
Klinik teşhis				Kan grubu			Yatış pozisyonu										
Anestezi Endikasyonu				PRE-OP NOT													
Premedikasyon																	
saat				15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45		
Anest. Maddeler	relax															LMA-Maske	
																	Entübasyon:
																	1- Açık
																	2-Yarı açık
	Azot protoksit																3-Solunum
	Oksijen																a-Kontrol
	İnfizyon 1:																b-Asiste
TANSİYON NABİZ	230															c-Spontan	
	220																
	210																
	200																
	190																
	180																
	170																
	160																
	150																
	140																
	130																
	120																
	110																
	100																
	90																
	80																
	70																
	60																
	50																
	40																
30																	
20																	
10																	
Preoperatif teşhis:									Operasyon:								
Ameliyat sonu değerlendirme: Aktivite: Solunum: Dolaşım: Uyanıklık:																	
Refleksler: Pupilla Kornea Yutkunma Öksürme																	
Sorulara cevap verme:																	
Komplikasyon:								Tedavi:									

Tablo 1.5: Anestezi takip formu

1.2. Kayıt Tutarken Dikkat Edilecek Noktalar

Hasta ile ilgili kayıtlar tutulurken genel anlamda Őunlara dikkat edilmelidir:

- Yapılan işlemler, ertelenmeden zamanında kaydedilmelidir.
- Kayıt iŐlemlerinde, uygun numaralandırma sistemleri kullanılmalıdır. Örneğin, protokol veya klinik numarası gibi.
- Aynı hasta ile ilgili tüm formlara aynı numara verilmelidir.
- Kayıt altına alınan evraklar, dikkatli muhafaza edilmelidir.
- Anestezi formu gibi bazı formlar; iki nüsha halinde düzenlenmeli, biri hastanın dosyasına bırakılmalı diğerisi ise anestezi arşivinde saklanmalıdır.

UYGULAMA FAALİYETİ

Hasta dosyasında bulunan ve anestezi uygulamalarında kullanılan formları ayırt ediniz.

İşlem Basamakları	Öneriler
➤ Hasta dosyasının içinde bulunan formları kontrol ediniz.	➤ İlaç tabelası, konsültasyon kağıdı, müşahede kağıdı, laboratuvar sonuçları gibi formları kontrol etmelisiniz. ➤ Hasta dosyası üzerindeki hasta adı ile formlarda yazılı isimlerin aynı olup olmadığına dikkat etmelisiniz.
➤ Hasta dosyasından hasta tabelasını inceleyiniz.	➤ Günlük doldurulan bilgileri dikkatli okumalısınız.
➤ Hasta dosyasından varsa konsültasyon kağıdını inceleyiniz	➤ Konsültasyon notu anestezi uygulamaları için önemli bilgiler içerir dikkatlice okumalısınız.
➤ Müşahede kâğıdındaki bilgileri inceleyiniz.	➤ Bilgileri incelerken yazılan notlara dikkat etmelisiniz.
➤ Hastaya ait derece kağıdında bilgilerin doldurulup doldurulmadığını kontrol ediniz.	
➤ Bilgilendirilmiş hasta onam formunda (Rıza kâğıdı) hastanın onayının alınıp alınmadığını kontrol ediniz	➤ Mutlaka hastanın veya hasta yakınının onayını almalısınız.
➤ Anestezi formunu inceleyiniz	➤ Diğer formlardan farklı bölümleri içerdiğine dikkat etmelisiniz.

ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME

Aşağıdaki soruları dikkatlice okuyarak doğru seçeneği işaretleyiniz.

1. Aşağıdakilerden hangisi hastanın sabah ve akşam alınan hayati bulgularının grafik şeklinde işaretlendiği formdur?
A) Anestezi formu
B) Derece kâğıdı
C) Müşahede kâğıdı
D) Konsültasyon kâğıdı
E) Onam kâğıdı
2. Aşağıdakilerden hangisi hastanın tıbbi müşahedesini alarak müşahede kağıdına kaydetmekle yükümlüdür?
A) Hemşire
B) Anestezi Teknisyeni
C) Tıbbi sekreter
D) Doktor
E) Laboratuvar teknisyeni
3. Aşağıdaki seçeneklerden hangisinde hastanın hayati bulgularının alınarak anestezi fişinde kaydedilme aralığı doğru belirtilmiştir?
A) 10 dakika
B) 30 dakika
C) 20 dakika
D) 15 dakika
E) 5 dakika

Aşağıdaki cümlelerin başında boş bırakılan parantezlere, cümlelerde verilen bilgiler doğru ise **D**, yanlış ise **Y** yazınız.

4. () İki ya da daha fazla hekimin hastanın teşhis ve /veya tedavisi hakkında karşılıklı görüşerek bir karara varmasına konsültasyon denir.
5. () İlaç tabelası doktor tarafından hasta viziti sonrası yazılır ve tedavi bir haftalık düzenlenir.

DEĞERLENDİRME

Cevaplarınızı cevap anahtarıyla karşılaştırınız. Yanlış cevap verdiğiniz ya da cevap verirken tereddüt ettiğiniz sorularla ilgili konuları faaliyete geri dönerek tekrarlayınız. Cevaplarınızın tümü doğru ise bir sonraki öğrenme faaliyetine geçiniz.

ÖĞRENME FAALİYETİ-2

AMAÇ

Hayati bulguları derece kâğıdının ilgili bölümüne doğru ve eksiksiz olarak kayıt edebileceksiniz.

ARAŞTIRMA

Derece kâğıdı ile anestezi formunu karşılaştırarak farklılıkları tespit ediniz.

2. DERECE KÂĞIDI

2.1. Derece Kâğıdının Doldurulması

Vücut ısısı termometre (derece) ile ölçülür, istenen sıklıkla alınan hayati bulgular gibi vücut ısısı da öncelikle hasta takip formuna yazılır. Derece kâğıdına sabah ve akşam (08.00 – 16.00) ısı değerleri kaydedilir.

Derece kâğıdı üzerinde ilgili bölümlere, hasta kimlik bilgileri, yattığı bölüm, bölüm kayıt numarası, oda ve yatak numarası yattığı ilk gün doldurulur, tarih bölümü hayati bulguların kaydedildiği her gün yazılır. Nabız sayısı, solunum sayısı ve vücut ısısı alındığı tarihin altındaki kutucuk üzerinde noktalar şeklinde gösterilir. (Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin 132 'inci maddesine göre.)

Vücut ısısı, tarihin altındaki kutucuğun üzerinde **mavi kalemle** nokta şeklinde gösterilir ve her yeni nokta, bir önceki nokta ile düz çizgi ile birleştirilir.

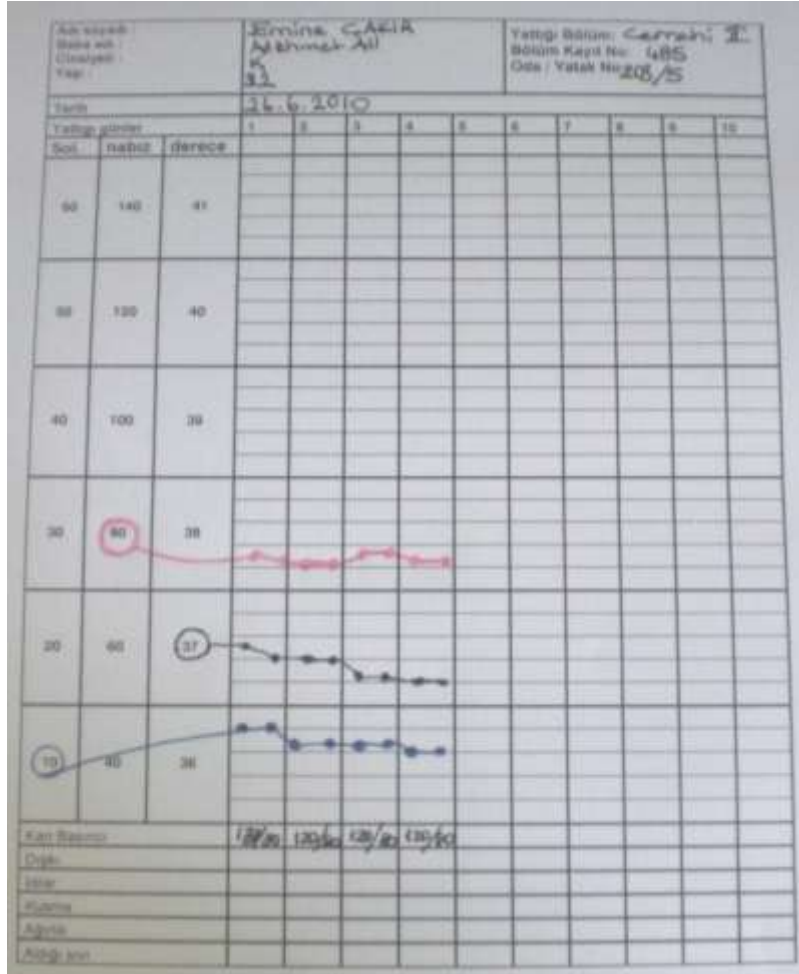
Nabız sayısı, tarihin altındaki kutucuğun üzerinde **kırmızı kalemle** nokta şeklinde gösterilir. Her nokta bir önceki nokta ile düz çizgi ile birleştirilir.

Solunum sayısı, tarihin altındaki kutucuğun üzerinde **siyah kalemle** nokta şeklinde gösterilir ve noktalar düz çizgi ile birleştirilir.

Vücut ısısı, nabız ve solunum sayıları grafik şeklinde gösterilirken, kan basıncı, dışkı, idrar, kusma, ağrılık, aldığı sıvı tarihin altında ilgili kutucuğa yazılır.

2.2. Derece Kâğıdının İşlenmesinde Dikkat Edilecek Noktalar

- Vücut ısısı mavi kalemle belirtilmelidir. Bir kutucuk dört ince çizgi ile beşe bölünmüştür. Her bir aralık 0,2 °C 'dir.
- Nabız sayısı kırmızı kalemle belirtilmelidir. Nabız sayısı için bir kutucuk içindeki her bir aralık değeri 4' tür.
- Solunum sayısı siyah kalemle belirtilmelidir. Solunum sayısı için kutucuklar içindeki her bir aralık değeri 2'dir.
- Her kutucuk bir gün için hazırlanmıştır ve kutucuk içine sabah ve akşam bulguları özenle işaretlenmelidir.
- Derece, nabız ve solunum sayısı ilk gün işaretlenirken alınan tam değer daire içine alınır, ondalık kısmı ise nokta ile kutucuk içinde gösterilir. Örneğin, hastanın vücut ısısı 36,4 C ise 36 daire içine alınır ve 0,4 C kutucuk içinde çizgiye konulan bir nokta ile gösterilir.



Resim 2.1: Derece kağıdı

UYGULAMA FAALİYETİ

Hayati bulguları derece kâğıdının ilgili bölümüne kayıt ediniz.

İşlem Basamakları	Öneriler
<ul style="list-style-type: none">➤ Derece kâğıdına hasta kimlik bilgilerini yazınız.	<ul style="list-style-type: none">➤ Hasta yatışının yapıldığı ilk gün doğru ve eksiksiz bir şekilde yazmalısınız.
<ul style="list-style-type: none">➤ Hastane ve servis protokol numaralarını yazınız.	
<ul style="list-style-type: none">➤ Tarih sütununa tarihi yazınız.	<ul style="list-style-type: none">➤ Her günü doğru bir şekilde yazınız.
<ul style="list-style-type: none">➤ Vücut ısısını işaretleyiniz.	<ul style="list-style-type: none">➤ Tarihin altındaki kutucuğu mavi kalem kullanarak işaretlemelisiniz.
<ul style="list-style-type: none">➤ Nabız sayısını işaretleyiniz.	<ul style="list-style-type: none">➤ Tarihin altındaki kutucuğu kırmızı kalem kullanarak işaretleyiniz.
<ul style="list-style-type: none">➤ Solunum sayısını işaretleyiniz.	<ul style="list-style-type: none">➤ Tarihin altındaki kutucuğa siyah kalem kullanarak işaretlemelisiniz.
<ul style="list-style-type: none">➤ Kan basıncı değerini ilgili kutucuğa yazınız.	<ul style="list-style-type: none">➤ Tarihin altındaki ilgili kutucuklara işaretlemelisiniz.
<ul style="list-style-type: none">➤ İdrar, dışkı, kusma ile çıkarılan sıvı miktarlarını kayıt ediniz.	

ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME

Aşağıdaki cümleleri dikkatlice okuyarak boş bırakılan yerlere doğru sözcüğü yazınız.

1. Derece kağıdına vücut ısısını işaretlerkenkalem kullanılır ve kutucuk içindeki her bir aralık değeri;’ dir.
2. Derece kağıdına nabız sayısını işaretlerken kalem kullanılır ve kutucuk içindeki her bir aralık değeri;’ tür.
3. Derece kağıdına solunum sayısını işaretlerken kalem kullanılır ve kutucuk içindeki her bir aralık değeri;’ dir.

DEĞERLENDİRME

Cevaplarınızı cevap anahtarıyla karşılaştırınız. Yanlış cevap verdiğiniz ya da cevap verirken tereddüt ettiğiniz sorularla ilgili konuları faaliyete geri dönerek tekrarlayınız. Cevaplarınızın tümü doğru ise bir sonraki öğrenme faaliyetine geçiniz.

ÖĞRENME FAALİYETİ-3

AMAÇ

Hasta veya hasta yakınına, anestezi uygulamalarında kullanılan bilgilendirilmiş hasta onam formunu doğru olarak doldurabileceksiniz.

ARAŞTIRMA

- Hasta onam formundaki (rıza formu) yanlışlar ve eksiklikler ne gibi olumsuzluklar yaratır, araştırınız.
- Modüldeki örnek onam formlarını inceleyiniz ve okulda arkadaşlarınızla birlikte sizde bir onam formu hazırlayınız.

3. BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU

Bilgilendirilmiş hasta onam (rıza) formu hastanın, yapılacak tıbbi müdahaleye izin verdiğini gösteren belgedir.

Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliğinin ilgili maddesinde “Hasta; sağlık durumu, kendisine uygulanacak tıbbi işlemler, bu işlemlerin faydaları ve muhtemel sakıncaları, alternatif tıbbi müdahale usulleri, tedavinin kabul edilmemesi halinde ortaya çıkabilecek muhtemel sonuçlar ve hastalığın seyri ve neticeleri konusunda sözlü veya yazılı olarak bilgi isteme hakkına sahiptir.”der. Bu ibare ile onam konusu mevzuat tarafından güvence altına alınmıştır. Ayrıca, Avrupa Birliği organlarından Avrupa Konseyi tarafından Kasım 1996’da Strasbourg’da karara bağlanan ve Türkiye’nin de onayladığı İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinde “Her tıbbi müdahale, bireyin özgür ve bilgilendirilmiş onamı ile yapılır ve kişilere olası riskler ve olası sonuçlar aktarılır.” ifadesi yer almaktadır.

3.1. Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formunun Önemi

Rıza formu hastaya yapılacak tedavi ya da müdahale için izin hakkı sunarken işlemi gerçekleştiren hekim ve ekibi de koruyan yasal bir dayanak olma açısından önemli bir belgedir.

- Hastanın, sağlık durumuyla ilgili en son teknik ve bilimsel tıbbi bilgileri almaya hakkı vardır.
- Hasta, müdahalenin her aşamasında başka bir hekimin görüşünü alma hakkına sahiptir.
- Hastanın, kendisiyle ilgilenen sağlık personelinin kimlik ve unvanlarını bilmeye hakkı vardır.

- Hastanın kendi kaderini belirleme, özgürce karar verebilme ve verdiği kararın sonucu hakkında bilgilenebilme hakkı vardır.
- Mental yeterliliği yerinde olan hasta, tıbbi müdahaleyi kabul ya da reddetme hakkına sahiptir.
- Tıbbi müdahaleyi kabul ya da reddedebilmesi için, hastanın bilgilendirilmesi gerekir. Bilgilendirme sırasında müdahalenin amaç ve niteliği, yarar ve riskleri, sonuçları, ret durumunda ortaya çıkabilecek sonuçlar hakkında hastaya açıklamada bulunulmalıdır.
- Hastanın hekim tarafından kendisine sunulan tıbbi işlemin alternatifinin olup olmadığını bilmeye hakkı vardır.
- Hastanın, hastanın seçimini etkileyebilecek politikasını bilmeye hakkı vardır.
- Hastanın kabul ettiği tıbbi müdahalenin kısa ve uzun vadeli maddi yükünün ne olacağını, ödeme yöntemlerini bilmeye hakkı vardır.
- Hasta tıbbi kayıtlarını inceleme ve elde edebilme hakkına sahiptir.
- Hastayı bilgilendirmenin onun sağlığı üzerinde olumsuz etkisinin olacağı düşünüüyorsa hasta bilgilendirilmeyebilir. Ancak bu durumlar istisnai durumlar olarak kabul edilmelidir.
- Hastanın bilgilendirilmesi onun anlayabileceği bir dille ve bulunduğu sosyal ve kültürel özellikler göz önüne alınarak yapılmalıdır. Gerekğinde tercüman kullanılabilir.
- Hastalar bir başkasının yaşamı için gerekli olmadığı sürece, bilgilenebilme hakkını kullanabilirler.
- Hastanın, şikâyet için başvurabileceği, haklarını arayabileceği etik kurul, hasta temsilcisi ya da diğer mekanizmalar hakkında bilgi almaya hakkı vardır.
- Hastanın, tıbbi bilgilerinin gizliliğinin korunmasını beklemeye hakkı vardır. Bu bilgiler, hastanın ölümünden sonra bile korunmalıdır.
- Hastalar, kendilerinin yerine kimin bilgilendirileceği ve karar vereceğini belirleme hakkına sahiptir.
- Hastadan tıbbi müdahale için izin alınması, aydınlatılmış onam işlemi ile yapılabilir.
- Bilinci kapalı olan hasta, çocuk hasta, ya da mental yeterliliği olmayan hastanın aydınlatılmış onamı yasal temsilcisinden alınmalıdır. Bununla beraber, durumları izin verdiği sürece aydınlatılmış onam işlemine katılmaları sağlanmalıdır. Yasal yeterliliği olmayan hasta rasyonel kararlar verebiliyorsa, yasal temsilcisinin verdiği kararları reddetmeye hakkı vardır.
- Hastanın yasal temsilcisi yoksa, acil durumlarda, hastanın önceden aksi yönde düşüncesini belirten bir belge yoksa, hastanın onayı varsayılarak tıbbi girişim yapılabilir. Acil durumlarda hekim hastanın yararına olacak şekilde davranır. İntihar girişiminin bulunduğu durumlarda ise bilinci kapalı hastaya, hekim kurtarıcı tıbbi girişimde bulunur.
- Yasal temsilcinin ya da hastanın saptadığı kişinin kararı tedaviyi reddetme şeklinde ise ve hastanın yararı için tıbbi girişim kaçınılmaz ise girişim için yasal izin alınabilir.
- Hasta, tedavi ve bakımını etkileyebilecek hastane, eğitim kurumları, sağlık çalışanları ve finansman kaynakları arasındaki ilişkileri bilme hakkına sahiptir.
- Hastanın, sorduğu sorulara makul cevaplar almaya hakkı vardır.

- Taburcu olmadan en az bir gün önce taburcu olacağını öğrenmeye hakkı vardır.
- Hastaların, kurumda kalacağı sürece uyacağı kurallar ve rutin işlemler hakkında bilgilenmeye hakları vardır.

3.2. Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formunun Bölümleri

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin ilgili maddesi gereğince hekim, hastaya yapılacak tedavi ve girişimin olumlu ve olumsuz tüm yönlerini anlatır. İşlem öncesi hasta tedavi ve/veya müdahaleyi kabul ettiğini göstermek için "Rıza Formu"nu imzalar. Bu rıza formunda bulunması gereken bölümler;

- Hasta ve cerrahiye göre belirlenebilen anestezi yöntemleri ve bunların olası riskleri,
- Ameliyat öncesi gerekli sıvı, gıda, ilaç vb. ayarlaması,
- Anestezi türünün belirlenmesi,
- Anestezi yönünden komplikasyonların belirlenmesi,
- Premedikasyon denilen hastayı fiziksel ve psikolojik olarak, belirli ilaçlarla ameliyata hazırlama (halk arasında cesaret iğnesi tanımı),
- Hastanın istekleri, korku ve soruları göz önüne alınarak ameliyat sonrası bakım ve tedavisinin belirlenmesi,
- Hastanın kabul ya da reddine dair almış olduğu kararını belirten kısım,
- Adı, soyadı ve imza kısmını içerir.

Ameliyatın yapılabilirliğindeki aciliyet ne kadar az ise riskler hakkında o derece geniş ve ayrıntılı konuşmak gerekir.

Formlar hastaneden hastaneye farklılıklar göstermekle birlikte hepsi, yapılacak girişim ile oluşabilecek riskleri; açık, anlaşılır bir şekilde belirtmektedir. Formda, Hasta Hakları Yönetmeliği'nin hastaya sunduğu diğer haklar da belirtilmektedir. Formun son kısmında ise hastanın tüm girişimleri kabul ettiğini belirten ve hasta veya vasisi tarafından imzalanan bölüm yer almaktadır.

Aşağıda örnek olarak verilmiş olan“ Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formlarını inceleyiniz.

ÖRNEK 1

Anestezi Bilgilendirilmiş Onam Formu

Anestezi uygulaması eksiksiz olarak yapılsa da ameliyat sırasında ve sonrasında ölüme dek varan bazı istenmeyen durumların (komplikasyonlar) ortaya çıkabileceğini anladım. Ayrıca yandaş hastalıklarım ve kullanmakta olduğum ilaçlar nedeniyle de anestezi riskinin artabileceğini açık bir şekilde anlamış bulunuyorum. Nadir de olsa bahsi geçen istenmeyen durumların (komplikasyonlar) şunlar olduğu tarafıma anlayacağım şekilde açıklandı; Kötü huylu ateş, ilaçlara ve kana karşı allerjik reaksiyonlar, solunumsal problemler (hava yolunda daralma, tıkanma, akciğer ile göğüs duvarı arasına hava kaçması vs.), akciğere kan pıhtısı atması, kalp atım düzeni bozuklukları ve kalp krizi, düşük veya yüksek tansiyon, inme, bulantı, kusma, mide içeriğinin havayoluna kaçması, anestezinin farkında olma, uyanmanın gecikmesi, anestezi sonrası huzursuzluk ve hayal görme, ameliyat pozisyonuna veya anestezistin yaptığı bölgesel anesteziye bağlı olarak çevresel sınırların zarar görmesi.

EK İŞLEMLER:

Şayet ameliyatımdan ve anesteziden sorumlu doktorlarım ameliyat sırasında farklı ve umulmayan bir durum ile karşılaşılırsa, onların gerekli göreceği tüm işlemleri yapmalarına rıza gösteriyorum.

Bu ameliyat ile ilgili olarak sonucun ne olacağı konusunda tarafıma bir garanti ve teminat verilmemiştir. Hatta hastalığının iyileşmesi sonucunu doğurmayabileceği de belirtilmiştir.

Bu rıza formunu okudum ve tamamını anladım, bu formda bulunan bütün konuları ve sorduğum soruların cevaplarının benim anlayabileceğim şekilde ve tatmin edici olarak cevaplandırılmadığı durumda bu formu imzalamam gerektiğini biliyorum ve bu nedenle rızama ait bilgileri ihtiva eden bu formu tekrar okudum, tam olarak anladım ve hiçbir tesir ve baskı altında kalmadan serbest iradem ile imzaladım.

HASTA:.....

ADRES:.....

TEL:.....

TANIK1:(İŞYERİNDEN).....

İMZA

TANIK2:(HASTAYAKINI).....

İMZA

ÖRNEK 2

ANESTEZİ VE TEDAVİ YÖNTEMLERİ İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

1. Sağlık durumum konusunda, hastaya konan tanı/ön tanı konusunda,
2. Uygulanacak tedavi yöntemi/yöntemleri konusunda,
3. Bu anestezi yöntem/yöntemlerinin sağlayacağı yararlar,
4. Bu anestezi yöntem/yöntemlerin neden olabileceği muhtemel zararlar,
5. Tedavi yönteminin kabul edilmemesi halinde oluşabilecek durumlar,

Yukarıdaki konularla ilgili bilgilendirilmeme ek olarak:

- Uygulanacak anestezi yöntemi konusunda ek sorular sorabileceğim ve bunların da cevaplanabileceği,
- Ameliyata karar vermeden uygun bir süre düşünme hakkımın bulunduğu,
- Önerilen anestezi yöntemleri arasından seçim yapma hakkımın olduğu,
- Seçtiğim anestezi yönteminden dilediğim zaman(ameliyat öncesi) vazgeçme hakkım olduğu konularında

Anlayabileceğim bir şekilde sözlü/yazılı olarak bilgilendirildimanestezi yöntemini/tedavi yöntemlerinin uygulanmasını serbest irademle hiçbir baskı altında kalmadan kabul/red ediyorum

Hastanın adı soyadı:

imza:

ADRES:.....

TEL:.....

Hasta yakınının adı soyadı:

İmza:

Tarih:

Bilgi veren
Hekimin adı soyadı:
imza:

ÖRNEK 3

T.C.

.....HASTANESİ

HASTA ONAM FORMU

Yapılacak İşlem: DUDAK BÜYÜTME AMELİYATI

Hasta Adı: _____ **Tarih:** _____ **İMZA:** _____
Dosya Numarası: _____

Bu belgenin amacı sizi ameliyatınızın riskleri, süreci ve sonuçları hakkında bilgilendirmektir. Lütfen dikkatlice okuyunuz. Anlamadığınız konular varsa lütfen formu imzalamadan önce doktorunuza sorunuz.

AMELİYAT HAZIRLIĞI VE ANESTEZİ

Ameliyat öncesinde 10 gün süreyle aspirin, E vitamini, coenzim Q gibi kan sulandırıcı almayınız. İlaç veya benzeri maddeler kullanıyorsanız veya AİDS, Hepatit B/C gibi bulaşıcı bir hastalığınız veya şeker, kalp, yüksek tansiyon veya böbrek yetmezliği gibi bir sorunuz varsa bunların dosyanıza kaydedilmesi ve ameliyatınızla ilgili tüm aşamalarda göz önüne alınması için mutlaka bizi bilgilendiriniz.

Ameliyattan önce size bazı labratuar testleri ve anestezi konsültasyonunuz yapılarak size uygulanacak anesteziye karar verilecektir. Ameliyattan önce tekrar anestezi doktoru tarafından değerlendirilip anestezi için ayrı bir imzalı formunuz doldurulacaktır. Ameliyattan önceki size söylenen saatten sonra (genelde ameliyattan 6-8 saat önce) bir şey yemeyiniz, içmeyiniz, sadece hemşire hanımın size vereceği ilaçları çok az su ile içebilirsiniz.

Ameliyat genel anestezi (ve/ veya lokal anestezi) altında gerçekleştirilecektir. Genel anestezi, sizin ameliyat süresince uyku halinde olmanızı sağlar. Ağrı duymazsınız ve hatırlamazsınız. Günümüzde modern anestezi oldukça güvenli olmakla birlikte yine de bazı yan etkiler ve riskler taşımaktadır.

Anestezinin sık görülen yan etkileri: Bulantı, kusma, baş ağrısı, enjeksiyon alanlarında ağrı, şişlik, morarma, boğazda ve dudaklarda kuruluk / yanma, geçici bulanık ya da çift görme, kas ağrıları, halsizlik, kaşıntı- döküntü tarzında alerjik reaksiyonlar.

Anestezinin nadir görülen yan etkileri: Anestezi sırasında uyanık duruma gelme, dişlerde kırık/kayıp, dudaklarda yaralar, ses tellerinde hasar, geçici/kalıcı ses kaybı, alerjik reaksiyon ve/veya astım, bacaklarda kan pıhtılaşması (derin ven trombozu), basıya maruz kalan yerlerde sinir hasarı, nöbet geçirme (epilepsi/sara)

Anestezinin çok nadir riskleri : alerji / şok, çok yüksek ateş, felç (inme) ya da kalp krizi, mide içeriğinin akciğerlere kaçması, paralizi (bacaklarda hareket kaybı), karaciğer fonksiyon bozuklukları, beyin hasarıdır.

Nezle/Grip ya da astım gibi solunum yolu hastalıkları, sigara kullanımı, ideal kilonun üzerinde olma, şeker hastalığı, kalp hastalıkları, böbrek hastalıkları, yüksek tansiyon veya başka ciddi rahatsızlıklar varlığında risk artar. Anesteziye bağlı ölüm riskinin varlığı ise çok düşük olmakla birlikte tıbbi literatürde tanımlanmıştır, ameliyat öncesinde bu risk kabul edilmelidir.

DUDAK BÜYÜTME AMELİYATI

Bu form hastaya yapılması planlanan dudak büyütme operasyonu hakkında bilgi vermek amacıyla hazırlanmıştır.

Ameliyat hakkında :

Dudak büyütme ameliyatı, vücudun diğer yerlerinden alınan yağ grefti (aşısı) veya sentetik olarak üretilen kollajen veya çeşitli dolgu malzemeleri kullanılarak dudaklara yapılan cerrahi girişimdir. Büyütme miktarı doktorunuz ve sizin tarafınızdan kararlaştırılacaktır.

Ameliyat öncesi :

Yara iyileşmesini olumsuz etkilediği için ameliyattan en az 15 gün öncesinden sigara bırakılmalı, aspirin benzeri kan sulandırıcı ilaçlar ameliyattan 1 hafta önce kesilmelidir. Ameliyat öncesi ağır diyet rejimlerinden kaçınınız.

Soğuk algınlığı ya da başka bir enfeksiyon ameliyatın ertelenmesine sebep olabilir.

Ameliyat öncesinde sizin için gerekli olan tahlilleriniz ve anestezi konsültasyonunuz yapılarak ameliyat öncesi olası riskleriniz gözden geçirilerek sizin güvenli bir şekilde anestezi almanız sağlanacaktır.

Ameliyattınız genel anestezi altında planlanıyorsa önce en az 6-8 saat aç kalınmalıdır.

Ameliyat öncesi operasyonun planlanması amacıyla çeşitli çizimler ve fotoğraf çekimleri yapılacaktır.

Ameliyat :

Ameliyat, işleme bağlı olarak 1 saat sürebilir.

Sıklıkla ameliyat sonrasında ödem ve sonradan erime ve küçülme gibi durumları engellemek için aşırı doz uygulanacağından aşırı büyüme uygulanabilir.

Dudak büyütme ameliyatı için eğer vücudunuzdan yağ grefti alınacak ise bu genellikle vakum ile sıklıkla diz –basen bölgelerindeki cilt altı yağ dokusundan uygulanır.

Dudak büyütme için yağ veya dolgu malzemelerin uygulama yerlerine bir iki dikiş konulabilir. Bu dikişler genellikle operasyondan 5-7 gün sonra alınır.

Ameliyat sonrası:

Ameliyat sonrasında yağ grefti alınmışsa bu bölgelere elastik bandaj uygulanacaktır.

Ameliyat sonrası dudaklarınızı çok oynatmamanız için fazla konuşmayınız, sert gıdalar yerine yumuşak gıdalarla besleniniz.

Ameliyat sonrası ilk saatlerde bir şey yemenize izin verilmez. Genellikle ilk beslenme sıvı gıdalarla olur. Rahat gaz çıkarabildikten sonra yumuşak gıdalarla beslenmeye geçilir.

Ameliyattan sonraki ilk iki gün dudakların aşırı ödemli olduğu dönemdir. Genellikle üçüncü günden itibaren ödem azalmaya başlar.

Sigaranın yara iyileşme sürecine olumsuz etkisi olduğu unutulmamalıdır.

Ameliyat sonrası erken ve geç dönemde gelişebilecek komplikasyonlar;

Kanama, hematoma ve seroma: Sık rastlanmasa da operasyon sırasında ya da sonrasında kanama, deri altında kan toplanması veya deri altında sıvı toplanması görülebilir. Ameliyattan on gün öncesinden başlayarak aspirin ya da antinflamatuar tedaviler almayınız, çünkü bu kanama riskini artırabilir.

Yara Ayrışması: Aşırı gerginliğe, enfeksiyona ve dolaşım bozukluğuna bağlı oluşabilir. Genellikle işlem sonrası sigara içenlerde bu durumla karşılaşılır. Bakım, pansuman ve gerekirse yeniden dikiş atılmasını gerekebilir.

Aşırı skar (Nedbe): Anormal yara iyileşmesi sonucunda belirgin nedbe dokusu oluşabilir (özellikle koyu tenlilerde).

Nekroz (doku ölümü): Yara hattında nekroz (doku ölmesi) sonucu açılma, pansuman ve bakım süresinin uzaması (Özellikle sigara ve tütün kullananlarda bu risk fazladır).

Enfeksiyon: Dolaşım bozukluğu ve drenlerin çalışmamasına bağlı olarak deri altındaki sıvı birikmesine ve bunun mikroorganizmalar için uygun bir üreme ortamı oluşturması sonucu gelişir. Antibiyotik kullanımı ve pansuman gerektirebilir. Nadiren ek cerrahi girişim gerekebilir.

Cilt duyusunda değişiklik: Karın germe sonrası alt karın bölgesinde cilt duyusunda azalma görülebilir, bu genellikle aylar içinde geri döner, ancak nadiren cilt duyusu tam olarak geri dönmeyebilir.

Ciltte Bırakacağı İz: Aşırı nedbeleşme olağan değildir. Nadir vakalarda anormal izler oluşabilir. İzler çirkin ve çevre deriden farklı renkte olabilir. Anormal gelişen nedbeleşme için jeller, silikon baskı veya cerrahi gerekebilir.

Asimetri: Simetrik görüntü sağlanamayabilir. Deri gerginliği, yağ birikimleri, vücut çıkıntıları gibi faktörler nedeni ile bir asimetri daha önceden de var olabilir.

Allerjik Reaksiyonlar: Nadir vakalarda kullanılan bantlara, dikiş malzemesine ya da sürülen kremlere allerjiler bildirilmiştir. Daha ciddi sistemik reaksiyonlar cerrahi işlem sırasında kullanılan ya da sonrasında reçete edilen ilaçlarla gelişebilir. Alerjik reaksiyonlar ek tedavi gerektirebilir.

Ağrı: Nadiren kronik ağrı gelişebilir.

Tatmin Edici Olmayan Sonuçlar: Geçirdiğiniz cerrahi işlemin sonuçları ile ilgili olarak nadiren hayal kırıklığına uğrayabilirsiniz. Bu tip sonuçları düzeltmek için ek cerrahi girişim gerekebilir.

Doktorum bana mevcut durumum ve yapmayı planladığı dudak büyütme (lip augmentasyonu) ameliyatı hakkında ayrıntılı olarak bilgi verdi. Doktorumla alternatif tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını ayrıntılı olarak tartıştım. Bu ameliyatın anestezi veya cerrahi ile oluşabilecek, genel ve bana özel olan tüm risklerini anlıyor ve kabul ediyorum.

Ameliyat sonrası vücudumda kalıcı izler olacağını biliyor ve kabul ediyorum.

Serum ve gerektiği takdirde bana kan verilmesini kabul ediyorum.

Ameliyat sırasında gerekli görüldüğünde idrar sondasının takılmasını kabul ediyorum, bu işlem sırasında ortaya çıkabilecek komplikasyonları kabul ediyorum, gerekli görüldüğünde suprapubik kateter (kasık üzerinden) takılmasını kabul ediyorum.

Ameliyat sırasında hayatı tehdit edici bir durum ortaya çıkması halinde o an gerekli görülen tedavinin uygulanmasını kabul ediyorum.

Bu ameliyat sırasında Anabilim Dalı'nda görevli doktorların ameliyata dahil olabileceğini anladım.

Ameliyat öncesi, ameliyat sırasında ve ameliyat sonrasında bir dizi gerekli tıbbi resim, videolarımın ve radyolojik görüntülerin zorunlu olan arşiv kaydı ve olası adli sorun dışında, bilimsel amaçlarla başka doktorlara gösterilmesi için de izin veriyorum.

Bu metni tamamen okudum. Tedavim ve ameliyatım ile ilgili olası riskleri öğrendim. Özen gösterilmesine rağmen plastik cerrahi kitaplarında tanımlanmış yan etkiler (komplikasyonlar) gelişebileceğini anladım. Tamamını KABUL ediyorum.

Ameliyatımın yapılmasını kendi ÖZGÜR İRADEMLE İSTİYORUM.

Hasta Adı ve Soyadı	Tarih	İmza

Tanık Adı ve Soyadı	Tarih	İmza

Tetkik ve Tedavi Reddi:

Yukarıda anlatılan bilgileri okudum ve doktorum tarafından bilgilendirildim. Yapılacak işleme kendi rızamla **izin vermiyorum.**

Hastanın adı soyadı:

Tarih:

İMZA:

Hasta yakınının adı soyadı:

İMZA:

Tanığın adı soyadı:

İMZA:

ÖRNEK 4

T.C SAĞLIK BAKANLIĞIDevlet Hastanesi Baştabipliği	KOD : FR/ 210 Y.TARİHİ:22/10/2009 SAYFA NO : 1/3 REV. NO : REV T. : BASKI NO : 01
ANESTEZİLİ VE KAS GEVŞETİCİLİ EKT ONAY FORMU	
Hastanın Adı Soyadı:	Protokol No:
.....	
Doğum Tarihi:	Cinsiyet:
.....	
UYGULAMA İLE İLGİLİ BİLGİLENDİRME	
<p>Hastanemizde EKT (elektrokonvülsif tedavi, halk deyimiyle şok tedavisi) genel anestezi altında yapılmaktadır. Genel anestezi uygulaması esnasında sizi derin bir uykuya sokacak olan ilaçlar damar yoluyla verilir. Aynı yolla verilecek kas gevşeticisiyle istenmeyen kas kasmaları önlenir. Anestezi ve kas gevşemesi sırasında maskeyle solunum desteği verilir.</p> <p>Modern anestezi genellikle çok güvenlidir. Anestezi esnasında ölüm riski oldukça azdır. Bununla beraber, başka istenmeyen etkiler olabilir. Bu etkiler genellikle geçicidir, bazıları uzun dönemde sorunlara neden olabilir.</p> <p>Sık Görülen İstenmeyen Etkiler:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Bulantı veya kusma,➤ Baş ağrısı,➤ Ağrı veya enjeksiyon bölgesinde yanma,➤ Kas ağrısı, <p>Ender Görülen İstenmeyen Etkiler:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Diş, diş protezinin kırılması veya dudakların yaralanması,➤ Alerjik reaksiyonlar ve/veya astım nöbeti,➤ Solunumun bozulması <p>Ölüme Neden Olabilecek Ender Durumlar</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Ciddi Alerji ve şok,➤ Çok yüksek ateş,➤ İnme (felç) veya kalp krizi,➤ Akciğerlere kusma, zatürre,➤ Akciğerlere kan pıhtısı,	
HASTA (İmza)	VASI veya BİRİNCİ DERECE YAKINI (İmza)

T.C SAĞLIK BAKANLIĞI Devlet Hastanesi Baştabipliği	KOD : FR/ 210 Y.TARİHİ : 22/10/2009 SAYFA NO : 2/3 REV.NO : REV T. : BASKI NO : 01
ANESTEZİLİ VE KAS GEVŞETİCİLİ EKT ONAY FORMU	
EKT ANESTEZİSİ ÖNCESİ SORUMLULUKLARINIZ	
Aşağıda yazılanları uyguladığınızda anestezi riskiniz daha az olacaktır.	
<ul style="list-style-type: none">➤ Sağlık problemlerinizi (hipertansiyon, diyabet vb), geçirdiğiniz ameliyatlarınızı ve dış problemlerinizi doktorunuza söyleyiniz.➤ Girişimden önce bir şey yemeyiniz, içmeyiniz ve sakız çiğnemeyiniz. Midenizin boş olduğundan emin olunuz. Böyle anestezi sırasında eğer kusarsanız akciğerlerinize hiçbir şey gitmeyecektir.➤ En son yemek yediğiniz ve içtiğiniz saati doktora söyleyiniz.➤ Eğer sigara içiyorsanız uygulamadan önce psikiyatrist ve anestezişte bunu söyleyiniz.➤ Kullandığımız bütün reçeteli ve bitkisel ilaçlarımızı beraberinizde getirip psikiyatrist ve anestezişte gösteriniz; sizde alerji veya yan etki yapabilecek ilaçları söyleyiniz.➤ Uygulamadan önceki 24 saat kesinlikle alkol veya uyuşturucu madde almayınız.➤ Eğer bağımlılığımız varsa psikiyatrist ve anestezişte söyleyiniz.	
Uygulamadan Sonra Kendine Gelme, Derlenme	
Uygulamadan sonra tamamen kendinize gelene kadar servis hemşiresi sizi yakından takip edecektir. Baş ağrısı, bulantı, bulantı veya kusma gibi anesteziye bağlı herhangi bir yan etki olursa hemşirenize bildiriniz.	
Genel Anesteziden Sonra Yapmamanız Gerekenler	
Genel Anestezi 24 saat boyunca değerlendirme ve yargılama yeteneğinizi etkileyecektir. Bu süre içinde;	
Hiçbir taşıt kullanmayın, Önemli kararlar vermeyin ve hukuki bir belgeyi imzalamayın	
Alkol almayın, şuur durumunuzu etkileyecek diğer ilaçları kullanmayın ve sigara içmeyin. Çünkü bunlar anestezi ilaçlarıyla etkileşebilirler.	
HASTA (İmza)	VASİ veya BİRİNCİ DERECE YAKINI (İmza)

T.C SAĞLIK BAKANLIĞI Devlet Hastanesi Baştabipliği	KOD : FR/ 210 Y.TARİHİ : 22/10/2009 SAYFA NO : 3/3 REV.NO : REV T. : BASKI NO : 01
ANESTEZİLİ VE KAS GEVŞETİCİLİ EKT ONAY FORMU	

EKT İLE İLGİLİ BİLGİLENDİRME

EKT aşağıdaki durumlarda bir psikiyatrist tedavi yöntemidir.

- Kişinin ilaç tedavisine yeterli yanıt vermemesi,
- Yan etkiler nedeni ile ilaç kullanamama,
- İlaçla tedavi süresinin riskler nedeni ile beklenememesi, acil tedavi ihtiyacı,
- Kişinin kendisine veya çevresine zarar verme tehlikesi, intihar düşüncesi veya girişimleri,
- Daha önceki tedavilerde en çok EKT'den yararlanmış olma,
- Kişinin tercihi,

EKT uygulaması tedavisi amacıyla ve hekim kontrolünde nöbet geçirilmesi esasına dayanır. Bu tedavi hastanın klinik durumuna göre tek ya da iki taraflı uygulanabilir. Bir tedavi kürü tedavinin seyrine göre ortalama 5-12 seanstan oluşur. Hastalığın seyri ve tedaviye cevabına göre seans sayısı daha az ya da daha çok olabilir.

EKT'nin Riskleri

- Genellikle geçici hafıza bozukluğu, unutkanlık ve tedavi süresince olan yeni olayları anımsamama görülebilir.
- Tedavi sonrası kısa süren bir şaşkınlık dönemi olabilir.
- Çok ender olarak hastada solunum gecikmesi olabilir. Bu durumda hastaya maskeyle saf oksijen verilerek solunum düzelineye kadar yoğun bakım koşullarında bakımı sürdürülür.
- Kişide var olan protezler (diş, göz, kemik protezi) risk oluşturabilir. Hasta ve yakınları protez varsa hekimi mutlaka uyarmalıdır.
- Nadiren çene ve omuz çıkığı, kemik kırıkları olabilir.
- Çok ender de olsa 25.000 - 50.000 kişide bir ani ölüm bildirilmektedir.

Yukarıdaki riskleri en aza indirmek için, EKT uygulanacak her hasta ayrıntılı olarak değerlendirilir gerekli tüm muayene ve tetkikler yapılır. Diğer tedavi seçeneklerine göre daha yararlı olacağı düşünüldüğünde; EKT uygulamasına, bir hekim tarafından değil tedaviyi yürüten ekip tarafından karar verilir. Yine de hastanın ya da yakınının kendilerine verilen bilgiler ışığında bu tedavi ile ilgili daha ayrıntılı bilgilenme, sorular sorma, tartışma ve sonuçta EKT'yi onaylama, reddetme ya da sonlandırma hakkı vardır.

HASTA
(İmza)

VASİ veya BİRİNCİ DERECE YAKINI
(İmza)

Anestezi uygulaması öncesinde bu formun, hastaya veya yakınına gerekli açıklamalar yapılarak imzalatılması gerekir.

3.3. Doldurulmasında Dikkat Edilecek Noktalar

- Tanı,
- Hastalığın nedenleri,
- Hastalığın seyri,
- Önerilen anestezi uygulamasının yapısı ve amacı,
- Anestezi uygulama süresi,
- Anestezi uygulamasının riskleri, komplikasyonları ve sonuçları,
- Anestezi uygulamasında alternatif tedavi seçenekleri,
- Anestezi uygulaması reddedilirse hastalığın yaratabileceği sonuçlar,
- Anestezi uygulaması kabul edilirse avantajları ve beklenen sonuçları,
- Anesteziyi kimin gerçekleştireceği, hakkında mutlaka bilgi verilmelidir.
- Hasta veya hasta yakınlarının forma imzası mutlaka alınmalıdır.

UYGULAMA FAALİYETİ

Hasta veya hasta yakınına anestezi uygulamalarında kullanılan hasta onam formunu doldurtunuz.

İşlem Basamakları	Öneriler
➤ Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formuna hasta kimlik bilgilerini doğru bir şekilde kayıt ediniz.	➤ Hasta dosyası üzerindeki hasta adı ile formlarda yazılı isimlerin aynı olup olmadığını kontrol etmelisiniz.
➤ Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formunun ilgili bölümlerini hasta/ hasta yakınına okutunuz ve bilgilendiriniz.	➤ Bilgileri incelerken dikkat etmelisiniz.
➤ Hastanın yapılacak işlemleri kabul ettiğini gösteren imzasını formun ilgili bölümüne alınız.	➤ Okuryazar olmayanların parmak izini alabilirsiniz.
➤ Formu hasta dosyasına yerleştiriniz.	➤ Kaybolmamasına özen göstermelisiniz.

ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME

Aşağıdaki cümlelerin başında boş bırakılan parantezlere, cümlelerde verilen bilgiler doğru ise D, yanlış ise Y yazınız.

1. () Hasta onam formu (rıza formu), hastanın, yapılacak tıbbi müdahaleye izin verdiğini gösteren belgedir.
2. () Formun orta kısmında hastanın tüm girişimleri kabul ettiğini belirten ve hasta veya vasisi tarafından imzalanan bölüm yer almaktadır.
3. () Anestezi uygulamasının riskleri, komplikasyonları ve sonuçlarının onam formuna yazılmasının önemi yoktur.
4. () Hastanın bilinci yerinde değil ise onam formunu yakınına imzalatınız.
5. () Anesteziyi kimin gerçekleştireceğinin önceden bilinmesinin bir önemi yoktur.

DEĞERLENDİRME

Cevaplarınızı cevap anahtarıyla karşılaştırınız. Yanlış cevap verdiğiniz ya da cevap verirken tereddüt ettiğiniz sorularla ilgili konuları faaliyete geri dönerek tekrarlayınız. Cevaplarınızın tümü doğru ise bir sonraki öğrenme faaliyetine geçiniz.

ÖĞRENME FAALİYETİ-4

AMAÇ

Hastaya ait anestezi formunu dikkatli ve doğru bir şekilde doldurarak işlem sonunda eksiksiz kapatabileceksiniz.

ARAŞTIRMA

- Size en yakın sağlık kuruluşlarından örnek anestezi formu temin ederek anestezi formunun içerdiği bilgileri, bölümleri inceleyiniz.
- Anestezi takip formunda kullanılan işaretler ve anlamlarını araştırınız.

4. ANESTEZİ FORMUNA KAYIT

Anesteziye kayıt tutulmasına 1840'lı yıllarda başlanmış olup ülkemizde 1989 yılında Türk Standartları Enstitüsü anestezi kayıt formlarının standardizasyonu için çalışma yapmıştır.

4.1. Anestezi Formu

Her hastanenin kendisine göre anestezi takip fişi adı altında anestezi formları vardır. Aralarında bazı farklılıklar olmakla beraber hepsi hastaya yapılan uygulama ile ilgili genel bilgileri içerir.

Doğru ve düzenli tutulan bir form, anestezi sırasında hastaya yapılan işlemler ve ilaçların, vital bulguların rapor halinde gözlenmesini, hastanın durumunun değerlendirilmesini sağlar. Sonraki uygulamalar için rehber olur. Gelişebilecek bir sorunda çalışanı koruyan hukuki bir delil oluşturur. Kayıtlar girişimden sonrada hem klinik hem de adli açıdan önemli kaynak oluştururlar.

Doğru ve düzenli tutulan kayıtlar sayesinde hasta gereksiz ilaç tekrarlarından korunmuş olur. Fazladan yapılan her ilaç hastanın uyanmasını geciktirir, hatta ölümüne sebep olabilir. Özellikle eksik, fazla ya da yanlış ilaç uygulanmasına bağlı komplikasyonları önlemenin en önemli yolu formları doğru, eksiksiz ve zamanında doldurmaktır. Kayıtların dikkatli ve eksiksiz tutulması hastada var olan herhangi bir bulaşıcı hastalığın bilinmesini, anestezi ve cerrahi ekibin girişim süresince koruyucu önlemleri (maske, eldiven kullanımı, disposibl malzeme kullanımının tercih edilmesi) daha titizlikle almasını sağlar.

4.1.1. Anestezi Formunun Bölümleri

Anestezi formunun üst kısmında yattığı servis, tarih, operatör ve anestezi uzmanlarının isimlerinin yazıldığı bölümler ile hastanın adı soyadı, yaşı, kilosu, boyu, klinik teşhis, anestezi endikasyonu, premedikasyon, pre operatif not yazılacak bölüm, yatış pozisyonu, kan grubu, önemli laboratuvar bulgularının yazılabileceği bölümler yer alır.

Kimlik, genel durum ve hastalık bilgilerinin bulunduğu bölümün altında sol tarafta kullanılan anestezi ilaçları (Pentotal, propofol, kısa veya uzun etkili kas gevşeticiler), inhalasyon anestetikleri (Halothane, İzoflurane, Sevoflurane, Etrane) ve gazların(Oksijen, Azot protoksit) belirtildiği bölüm yer alır. Orta bölümde hastanın hayati fonksiyonlarının beşer dakika ara ile grafik şeklinde kaydedilmesine olanak sunan tablo yer alır. Tablodaki zaman aralıklarının bu kadar sık olması, hayati bulgulardaki ani değişiklikler ile yapılan ilaç ve uygulamaların tam saatinde kaydedilmesine olanak sağlar. Genellikle formlar dört saatlik süreyi içerir şekilde düzenlenmiştir. Sağ tarafta ise anestezi yöntemi (genel / lokal), ventilasyon sağlama şekli (maske/ LMA/ entübasyon; oral – nazal), solunum durumu (spontan/asiste /kontrol), solunum devreleri (açık metod/yarı kapalı dolaşım) ile operasyon süresince kullanılan diğer ilaçların yazılmasına olanak sağlayan bölüm yer alır.

Anestezi formunun alt kısmında per operatif teşhis, yapılan ameliyat, ameliyat sonu durumu, refleksler (Pupilla, kornea, yutkunma, öksürme), sorulara cevap verme, per - operatuvar not, verilen sıvıların kaydedilmesine olanak veren bölümler yer alır.

Anestezi formunun en az iki nüsha şeklinde hazırlanması gerekmekte olup bir nüsha hasta dosyasına, diğeri anestezi arşivine bırakılmalıdır. Kayıtlar siyah veya mavi tükenmez kalem ile yapılmalıdır.

4.1.2. Anestezi Formunda Kullanılan Özel İşaretler

Anestezi formunun doldurulmasında bazı işaretlerden yararlanır. Bu işaretler:

X: Anesteziye başlangıç ve bitiş

⊙: Operasyona başlangıç ve bitiş

•: Nabız

V: Tansiyon

İşaretler; beşer dakikalık zaman dilimine ayrılmış anestezi formunda, yapılan işlemin kaydedilmesini kolaylaştırır ve kayıt sırasında anestezi uzmanının zamandan tasarruf etmesini sağlar.

4.2. Aldığı, Çıkardığı Sıvı Takibi

Anestezi uygulamalarında ve cerrahi operasyon süresinde hastaya verilen çeşitli serumlar, kan ve kan ürünlerinin hepsi sıvı hesaplamalarında aldığı sıvılar olarak; çıkardığı idrar ve kanama miktarı, aspiratörde bulunan salgı ve sekresyonlar, nazogastrik sondaya veya diren torbasına çıkan tüm kan ve vücut sıvılarının tamamı da sıvı hesaplamalarında çıkardığı sıvılar olarak adlandırılır.

Hastanın aldığı ve çıkardığı sıvılar arasında çok büyük fark olmaması gerekir. Eğer hastadaki sıvı kaybı hastanın vücudundaki kan miktarının%10'unu geçerse hasta şoka girer ve hayati tehlike yaratır. Bu nedenle girişim süresince hastanın aldığı çıkardığı sıvıların çok dikkatli bir şekilde takip edilmesi ve anestezi takip formunun ilgili bölümlerine kaydedilmesi büyük önem taşır.

Hastanın sıvı elektrolit dengesi ve genel durumu ile yapılacak ameliyatın özelliği göz önünde bulundurularak hastaya gerekli mayiler paranteral yoldan verilmektedir. Sıvı kayıpları ise birçok şekilde olabilir. Bunlar; ameliyat sahasından kanama, nazogastrik sondadan intragastrik mayi, idrar vb.

Sıvı açığı ve sıvı yüklenmesi hastada klinik belirtilerle kendini gösterir. Bu belirtiler iyi bilinmelidir ve hasta bu belirtiler yönünde takip edilmelidir. Özellikle yeni doğan grubu başta olmak üzere tüm pediatrik hastalar ve yaşlılar mayi açığı veya yüklenmesinde ciddi sorunlar yaşama riski yüksek grubu, oluşturmaktadır. Anestezi ekibi bu yönüyle hastayı çok iyi takip etmeli, değerlendirmeli, anestezi formuna kaydetmeli, hastanın aldığı ve çıkardığı mayi dengesini sağlamalıdır.

Aşağıda temsili doldurulmuş bir anestezi formu, size yol göstermesi amacıyla Tablo 2.2 olarak verilmiştir. İnceleyiniz.

Hastanesi Anestezi Formu

İsim: Ayşe Tatl					Yaş: 25					Ağırlık: 70 kg.					Boy: 165 cm.				
Klinik teşhis: Disk Hernisi					Kan grubu: O Rh (+)					Yatış pozisyonu: Prone									
Anestezi Endikasyonu: Genel anestezi					PRE-OP NOT: ASA I Mallampati: I														
Premedikasyon																			
saat		08	15	30	45	09	15	30	45	10	15	30	45						
	pentotal		450	mg															
	relax	Kısa et:																	
		norcuron	6	mg			2	mg											
	İsofluran		% 1																
	Azot protoksit																		
	Oksijen		3/3										6lt	/dk					
	İzotonik 1000	cc.	X	♻									♻	X					
		230																	
		220																	
		210																	
		200																	
		190																	
		180																	
		170																	
		160																	
		150																	
		140					V												
		130	V	V	V		V	V					V	V					
		120	V						V	V		V	V						
		110																	
		100																	
		90																	
		80																	
		70																	
		60																	
		50																	
		40																	
		30																	
		20																	
Preoperatif teşhis										Yapılan ameliyat: Diskektomi									
Ameliyat sonu değerlendirme: Aktivite: + Dolaşım: + Solunum: + Uyanıklık: +																			
Refleksler: Pupilla + Kornea + Yutkunma + Öksürme +																			
Sorulara cevap verme: +																			
Komplikasyon: - Tedavi: -																			

Tablo 3.1: Temsili doldurulmuş bir anestezi formu

4.3. Anestezi Formunun Doldurulmasında Dikkat Edilecek Noktalar

Anestezi uygulamalarında hastaya yapılan her işlemin, işlemi takip eden süreçte, en uygun zamanda ve anlaşılır bir şekilde kaydedilmesi esastır. Kayıt sırasında dikkat edilecek noktalar şunlardır:

- İşlem öncesi hastanın adı soyadı sorularak dosyası kontrol edilmelidir.
- En az iki nüsha olacak şekilde anestezi formu hazırlanmalıdır.
- İşlem öncesi, anestezi formu dosyadaki veriler doğrultusunda, doğru ve eksiksiz bir şekilde doldurulmalıdır.
- Anestezi formuna hastanın adı, soyadı yazılmalıdır.
- Yaşı, cinsiyeti, kilosu yazılmalıdır.
- Fiziki durumu, ameliyat yeri, türü, süresi, anestezi ve cerrahın adı, anestezi türü, hastanın pozisyonu, indüksiyon öncesi nabız ve kan basıncı değerleri yazılmalıdır
- Hemoglobin, hematokrit, kan grubu, açlık kan şekeri ve üre gibi önemli laboratuvar sonuçları ile tarih, protokol numarası yazılmalıdır.
- Hastaya ait özel durumlar (Bulaşıcı hastalık varlığı, ilaç alerjisi vb.) yazılmalıdır.
- Yapılmışsa premedikasyon bilgileri yazılmalıdır.
- Yapılacak operasyon yazılmalıdır.
- Ameliyat ekibinin bilgileri yazılmalıdır.
- Anestezi ekibinin bilgileri kaydedilmelidir.
- Anestezi uygulamasına başlarken mutlaka saate bakılmalı ve not alınmalıdır.
- Hastaya yapılan işlemler bittikten ve hastanın hayati bulguları oturmuş hale geldikten sonra, önceden hazırlanmış anestezi takip formuna, anestezi ve ameliyat başlama saati özel işaretleri kullanılarak belirtilmelidir.
- Hastanın uygulama öncesi ve sonrası alınan hayati bulguları (nabız, tansiyon) anestezi formunun ilgili bölümüne özel işaretler kullanılarak kaydedilmelidir.
- Uygulanan anestezi şekli (genel / lokal) yazılmalıdır.
- Hasta entübe edilmişse entübasyon tüpünün tipi, numarası yazılarak, entübasyonun oral ya da nazal olduğu belirtilmelidir.
- İndüksiyon süresince % 100 verilen oksijenin idame süresince verilen düzeyi ile azot protoksit düzeyleri belirtilmelidir.
- İnhalasyon anesteziği adı ve dakika / miktarı % cinsinden belirtilerek yazılmalıdır.
- Girişim süresince solunumun şekli (asiste/ kontrole/ spontan) formun ilgili bölümüne işaretlenmelidir.
- Hastaya uygulama öncesi takılmış olan mayiler miktar ve adı belirtilerek kaydedilmelidir.
- Operasyon ve hastanın genel durumu göz önünde bulundurularak gerçekleştirilen bütün girişimler (CVP, arter line, idrar kateterizasyonu vb.) kaydedilmelidir.
- Operasyon süresince belirlenen zaman aralığında alınan nabız ve tansiyon ile oksijen saturasyon düzeyleri kaydedilmelidir.
- Girişim süresince tekrarlanan anestezi ilaçları, analjezik ve kas gevşeticiler dozları ve uygulama saatleri titizlikle kaydedilmelidir.

- Komplikasyon gelişiminde değişen parametreler ve yapılan ilaçlar, uygulamalar titizlikle doz ve saati belirtilerek kaydedilmelidir. Komplikasyon gelişimi ve müdahale süresince dikkat edilmesi gereken husus; yapılan ilaçların ampulleri ya da kutularının kayıt işlemi bitinceye kadar belirli bir yerde muhafaza edilmesi, çöpe atılmasının önlenmesidir. Bu önlem ilaçların adı ve dozlarının doğru ve eksiksiz bir şekilde kaydedilmesini sağlar.
- Girişim süresince hastanın aldığı ve çıkardığı mayilerin titizlikle takip ve kaydedilmesi gerekir. İdrar sondası takılmış olan hastanın çıkan idrarı ve operasyon alanındaki kanama miktarı ortalama olarak kaydedilmelidir.
- Kan transfüzyonu dikkatle yapılmalı ve kaydedilmelidir. Kan torbası üzerinde yazan kan grubu ile hasta kan grubu karşılaştırılmalı, kan numarası ve son kullanma tarihi kontrol edilmeli, kan torbasına filtreli bir set takılmalı, havası çıkarılmalı, setin haznesi 1 / 3 oranında kan ile doldurulmalıdır. Kan giden setten serum fizyolojik dışında farklı bir serum takılmamasına özellikle dikkat edilmelidir. İçinde kalsiyum içeren Ringer Laktat gibi solüsyonlar pıhtılaşmaya neden olabilir.
- Hastayı takip eden anestezi teknisyeni kayıt işlemini ekip üyelerinin kolayca anlayabileceği şekilde açık, anlaşılır ve ortak işaretler kullanılarak yapılmalıdır.

4.4. Anestezi Formunun Kapatılmasında Dikkat Edilecek Noktalar

- Öncelikle ilaçların uygulanması, uyandırma ölçütlerine göre hastanın uyandırılması ve hastanın hayati bulgularının oturmuş hale gelmesini takiben anestezi formuna yapılan işlemlerin yazılması gerekir. Hastayı takip eden anestezi ekibinin görevlerinden birisi de yapılan işlemleri eksiksiz ve doğru bir şekilde anestezi formuna kaydetmektir.
- Anestezi formuna operasyon bitiş saati özel işareti kullanılarak yazılmalıdır.
- Anestezi uygulamasının bitiş saati özel işareti kullanılarak yazılmalıdır.
- Operasyon süresince hastaya verilen mayilerin toplamı, belirtilen bölüme kaydedilmelidir.
- Operasyon süresince çıkardığı sıvıların toplamı, belirtilen bölüme kaydedilmelidir.
- Ayılma safhasında hastaya yapılan ilaçlar doz ve saat belirterek kaydedilmelidir.
- Ayılma safhasında gelişen komplikasyon, yapılan ilaç ve/veya uygulamayı ayrıntılı bir şekilde kaydedilmelidir. Bu hastanın ayılma odasında daha ayrıntılı bir şekilde takip edilmesini sağlayacaktır.
- Anestezi formu kontrol edilerek eksikleri tamamlanmalı ve formun bir nüshası anestezi sarf malzeme formu ile birlikte hasta dosyasına yerleştirilmelidir.

UYGULAMA FAALİYETİ

Hastaya ait anestezi formunu dikkatli ve doğru bir şekilde doldurarak işlem sonunda eksiksiz kapatarak kayıt ediniz.

İşlem Basamakları	Öneriler
➤ En az iki adet anestezi formu tedarik ediniz.	➤ Gerekli form ve kalemi uygulama öncesi ameliyathanede hazır bulundurmalısınız.
➤ Hastanın adı ve soyadını yazınız.	➤ Uygulama öncesi hastanın şuuru yerindeyse mutlaka adı soyadını kendisinden öğrenmeli ve dosyayı kontrol etmelisiniz.
➤ Hastanın yaşı, cinsiyeti, kilosunu yazınız.	➤ Dosya bilgileri ile hasta bilgilerini karşılaştırarak yazmalısınız.
➤ Hastanın kan değerlerini yazınız.	➤ Yapılan son tahlil sonuçlarını yazmalısınız. ➤ Özellikle anestezi uygulamalarında önem arz eden tahlilleri (Hemoglobün, hematokrit, açlık kan şekeri, üre, kan grubu ve hepatit markerleri) yazmalısınız.
➤ Yapılacak operasyonu yazınız.	➤ Hasta dosyasından, ameliyathanedeki listelerden ve operasyon ekibinden ameliyatı öğrenebilirsiniz.
➤ Hastaya ait özel durumu kayıt ediniz (bulaşıcı hastalık, alerjiler vb.).	➤ Hepatit B taşıyıcısı veya aktif hasta olanları özellikle belirtmelisiniz. ➤ Koruyucu önlem almalısınız. ➤ Uygulama yaparken özellikle dikkatli olmalısınız. ➤ Alerjisi olan hastayı mutlaka belirtiniz ve antialerjik ilaçları mutlaka hazır bulundurmalısınız.
➤ Tarih, protokol ve operasyonu yapacak ekibi yazınız.	➤ Özellikle tarih ve protokolü doğru ve dikkatli bir şekilde kayıt etmelisiniz.
➤ Anestezi ekibini yazınız.	➤ Dikkatli ve eksiksiz şekilde yazmalısınız.
➤ İndüksiyon sonrası işlemleri anestezi formuna kayıt ediniz.	➤ Kayıt işlemini hasta stabilize olduktan sonra yapmalısınız.

➤ Öncelikle anestezi ve operasyon başlama saatlerini kayıt ediniz.	➤ Bu işlemleri anesteziye özel işaretleri kullanarak yapmalısınız.
➤ Kullanılan oksijen, azot protoksit ve inhalasyon anesteziklerini kayıt ediniz.	➤ Birim kullanarak belirtmelisiniz. ➤ Örneğin; İzofuloran %1 / dk gibi.
➤ Hastaya uygulanan ilaçları kayıt ediniz.	➤ İlaç adları ve dozları ile zamanını açık ve anlaşılır şekilde yazmalısınız.
➤ Uygulanan anestezi yöntemini yazınız.	➤ Genel / Regional olarak belirtmelisiniz.
➤ Kan basıncı, nabız, ateş, oksijen saturasyonu, endtidal karbondioksit basıncını belirlenen aralıklarla alınız ve kayıt ediniz.	➤ Girişim öncesi ölçtüğünüz değerleri kaydediniz, bu size girişim süresince kontrol değer oluşturur. Ayrıca değerlerdeki sapmaları iyi takip ediniz, bu anestezi derinliği ve hastanın genel durumu ve komplikasyon gelişimi hakkında sizi uyacağını unutmayınız.
➤ Hastaya uygulanan diğer girişimleri (arter kateterizasyonu, CVP, idrar sondası, turnike uygulaması, kontrollü vb.) kayıt ediniz.	➤ Arter hattından herhangi bir ilaç uygulanmayacağını asla unutmayınız. İlaç uygulamaları için venler tercih etmelisiniz.
➤ Operasyon süresince ilaçların tekrarlanan dozlarını ve saatini kayıt ediniz.	➤ İlacın uygulama zamanının doğru yazılmasına özellikle dikkat etmelisiniz. Aksi takdirde bir sonraki doz tekrarının erken ya da geç yapılmasına neden olabilirsiniz, bu durumun hastayı olumsuz etkileyeceğini unutmamalısınız.
➤ Hastaya takılan sıvıları kayıt ediniz.	➤ Sıvıların adları ve miktarlarını zaman belirterek yazmalısınız. Örneğin; İsolayt 1000 cc., % 5 Dextroz 500 cc.
➤ Hastanın çıkardığı sıvıları kayıt ediniz.	➤ İdrar sondası olan hastada çıkan idrarı takip ve kayıt ediniz.
➤ Operasyon sahasındaki kanamayı takip ediniz ve kanama miktarını anestezi formuna yazınız.	➤ Kanama miktarı hesaplanırken aspiratör içerisindeki kan miktarı, kullanılan gaz spançları, göz önünde bulundurulmalıdır.
➤ Anestezi uygulaması ve operasyon süresince gelişen komplikasyonları kayıt ediniz.	➤ Komplikasyonların erken dönemde fark edilebilmesi ve müdahale edilmesi hastanın çok dikkatli bir şekilde takip edilmesi ile gerçekleşir. Hasta takibine azami özen göstermelisiniz.

➤ Komplikasyon gelişiminde yapılan müdahaleyi kayıt ediniz.	➤ Yapılan ilaç ve uygulamaları kaydetmeyi, hasta istikrarlı hale geldikten sonra yapmayı prensip haline getirmelisiniz. Yapılan ilaçların eksik yazılmasını önlemek için kutuları, ampul ya da flakonları kayıt işlemi bittikten sonra çöpe atmalısınız.
➤ Hayati bulguları belirlenen zaman aralıklarında alarak kayıt ediniz	➤ Özel işaretini kullanmalısınız.
➤ Operasyon bitiş saatini kayıt ediniz	➤ Özel işaretini kullanmalısınız.
➤ Anestezi bitiş saatini kayıt ediniz.	➤ İlaç isimleri doz ve saati ile birlikte belirtmelisiniz.
➤ Ayılma safhasında yapılan ilaçları kayıt ediniz.	➤ Çıkardığı mayilerin hesaplanmasında idrar çıktısını, aspiratör içindeki kanama miktarını, kullanılan spanç ve emici materyali göz önünde bulundurmalısınız.
➤ Aldığı ve çıkardığı mayileri kayıt ediniz.	➤ Dikkatli, doğru ve eksiksiz kaydetmeye özen göstermelisiniz.
➤ Komplikasyon gelişiminde hastaya uygulanan tüm ilaç ve uygulamaları kayıt ediniz.	➤ Kayıttan sonra tekrar gözden geçirmelisiniz.

ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME

Aşağıdaki soruları dikkatlice okuyarak doğru seçeneği işaretleyiniz.

1. Aşağıdaki seçeneklerden hangisinde anestezi başlama işareti doğru olarak verilmiştir?
A) X
B) .
C) V
D) &
E) :
2. Aşağıdakilerden hangisinde operasyon başlama işareti doğru olarak verilmiştir?
A) X
B) ϕ
C) V
D) .
E) :
3. Aşağıdaki seçeneklerden hangisinde anestezi formunda hastanın hayati bulgularının alınarak kaydedilme aralığı doğru olarak verilmiştir?
A) 10 dakika
B) 30 dakika
C) 5 dakika
D) 15 dakika
E) 20 dakika
4. Aşağıdakilerden hangisi kan transfüzyonu gerçekleştirilen damar yolundan gönderilebilecek mayidir?
A) % 5 Dextroz
B) % 20 Dextroz
C) Serum Fizyolojik
D) Macrodex
E) İsolayt P

Aşağıdaki cümleleri dikkatlice okuyarak boş bırakılan yerlere doğru sözcüğü yazınız.

5. Ayılma safhasında hastaya yapılan ilaç ve uygulamalar hastanın hayati bulguları sonra anestezi formuna kaydedilmelidir.
6. Anestezi formunun kapatılması işleminde operasyon bitiş saati , anestezi bitiş saati işareti ile belirtilir.
7. Komplikasyon gelişiminin ve yapılan uygulamanın anestezi formunda belirtilmesi, uyandırma odasında hastanın sağlar.

DEĞERLENDİRME

Cevaplarınızı cevap anahtarıyla karşılaştırınız. Yanlış cevap verdiğiniz ya da cevap verirken tereddüt ettiğiniz sorularla ilgili konuları faaliyete geri dönerek tekrarlayınız. Cevaplarınızın tümü doğru ise bir sonraki öğrenme faaliyetine geçiniz.

ÖĞRENME FAALİYETİ-5

AMAÇ

Anestezi formunu doğru, dikkatli ve eksiksiz bir şekilde protokol defterine kayıt edebileceksiniz.

ARAŞTIRMA

- Anestezi formlarının protokol defterine kaydedilmesi kimin görevidir, araştırınız.
- Anestezi protokol defterinin işlev ve önemi nedir, araştırınız.

5. PROTOKOL DEFTERİNE KAYIT

Anestezi kliniklerinde, anestezi uygulamaları sırasında hastaya yapılan tüm ilaç ve uygulamaların yazıldığı anestezi takip formlarının kayıt edildiği “Anestezi Protokol Defteri” vardır.

Anestezi protokol defterinin numaralandırılması, iş yükü ve yoğunluğu oldukça fazla olan anestezi kliniklerinde birçok kolaylık sağlamaktadır. Yapılan işin kayıt altına alınmasını sağlamanın yanı sıra doğacak bir sorun karşısında hukuki bir dayanaktır. Sebep ne olursa olsun, incelenmek istenen bir anestezi formuna ulaşmak için önce protokol defterinden hastanın adı – soyadı bulunur ve protokol numarası alınır. Bu numara sayesinde, daha önceden dosyalanarak arşivlenen anestezi formuna kısa sürede ulaşılır.

Özenli bir şekilde ve düzenli tutulan kayıtlar, istatistiksel çalışmalar için kaynak oluşturur; kliniklerin yaptıkları ameliyat sayıları, belirli dönemlerde yapılan ameliyat sayıları (aylık, yıllık vb.), anestezi yöntemi ve kullanılan ilaçlara dair istatistiksel veriler elde etmeyi sağlar.

5.1. Anestezi Protokol Defteri

Anestezi protokol defteri hastane idaresince her sayfası mühürlenerek klinik şefliğine teslim edilir, defter klinikte numaralandırılır.

Anestezi protokol defterleri, anestezi takip formlarında olduğu gibi hastaneden hastaneye küçük farklılıklar göstermekle birlikte, hasta kimlik bilgileri ve anestezi uygulamaları yönünden ortak bilgiler içerir.

Anestezi protokol defterinde; hastane, servis ve anestezi protokol numarası, tarih, adı soyadı, servis, yaş, cins, tanı, operasyon, operatör, preoperatif, peroperatif ve post operatif komplikasyon bilgilerinin yazılmasına olanak sunan sütunlar ile uygulanan anestezi yöntemi (Genel Anestezi/Regional Anestezi), ilaçlar (intravenöz- inhalasyon anestezikleri, kas gevşeticiler, ventilasyon ve entübasyon olanakları, lokal anestezikler), operasyon ve anestezi süresi, anestezi bilgilerinin yazıldığı bölümler yer alır.

5.1.1. Protokol Defterine Kayıt

Anestezi takip formuna kaydedilen her olgunun, anestezi protokol defterine kaydedilmesi mecburiyeti vardır. Kayıt, anestezi ekibinin sorumluluğundadır.

Anestezi protokol defteri mavi ya da siyah tükenmez kalem ile doldurulmalıdır. Kayıtların titizlikle ve özenle yapılması gerekir. Defterde karalama, silme yapılmamalıdır. Sayfalar numaralandırılmış ve mühürlenmiş olup yırtılamaz, tahribat yapılamaz. Sayfa üzerinde oynanması, sayfaların yırtılması kanunen suç olup yapanlar hakkında soruşturma açılmasına neden olur.

Protokol defterinin ilgili bölümüne öncelikle hastane, servis protokol numaraları yazılır. Anestezi protokol numarası yazılıdır ve bu numara işlem sonunda anestezi takip formuna kaydedilmelidir. Kayıt sırasında mutlaka hastane ve servis protokolleri de yazılmalıdır. Herhangi bir nedenle anestezi arşivinden kaybolan anestezi takip formunun bir nüshası hasta dosyasındadır ve bu protokole bakılarak hasta dosyasındaki nüshaya ulaşılabilir. Operasyon tarihi, hastanın adı soyadı, servisi, yaşı, cinsi, tanı, yapılacak operasyon, operatör ve komplikasyon bilgileri ile anestezi tekniğine dair bilgiler yazılır. Bunlar; uygulanan anestezi yöntemi (Genel Anestezi / Regional Anestezi), ilaçlar (intravenöz- inhalasyon anestezikleri, kas gevşeticiler) ventilasyon ve entübasyon olanakları, lokal anestezikler ile operasyon ve anestezi süresi, anestezi bilgileri.

5.1.2. Protokol Numarası Verme

Anestezi protokol defterinin numaralandırılması kliniğin sorumluluğunda olup takvim yılı başında birden başlayarak sırayla numara verilir. Defter bittiğinde ikinci deftere numaralandırmaya kaldığı yerden devam edilir.

Anestezi uygulaması sırasında hastaya yapılan her ilaç ve uygulamanın yazıldığı ve uygulama bitimini takiben kapatılan anestezi takip formu, anestezi protokol defterine kaydedilmelidir. Kayıt işlemi bittikten sonra, defter protokol numarası mutlaka formun ilgili bölümüne kaydedilir. Anestezi takip formu dosyalanarak arşivlenir.

5.2. Anestezi Protokol Defterine Kayıt Yapılırken Dikkat Edilecek Noktalar

- Bilgiler doğru, eksiksiz, açık ve anlaşılır şekilde yazılmalıdır.
- Kayıt için mavi ya da siyah tükenmez kalem kullanılmalıdır.
- Kayıt esnasında defterde tahribata neden olunmamalıdır.
- Protokol numarası mutlaka anestezi takip formunun ilgili bölümüne kayıt edilmelidir.

UYGULAMA FAALİYETİ

Anestezi formunu doğru, dikkatli ve eksiksiz bir şekilde protokol defterine kayıt ediniz.

İşlem Basamakları	Öneriler
➤ Anestezi protokol defterine hasta kimlik bilgilerini yazınız.	➤ Doğru ve eksiksiz yazın. Defterde karalama yapmamaya özen göstermelisiniz.
➤ Hastane ve servis protokol numaralarını yazınız.	➤ Eksik bilgi yazmaktan kaçınmalısınız.
➤ Anestezi tekniği ve kullanılan ilaçları yazınız.	➤ Doğru ve eksiksiz bir şekilde yazmaya özen göstermelisiniz.
➤ Protokol numarasını anestezi takip formunun ilgili bölümüne yazınız.	➤ Yazılması gereken bilgilerin eksiksiz yazmayı alışkanlık haline getirmelisiniz.
➤ Anestezi takip formunun bir nüshasını hasta dosyasına, bir nüshasını arşivlenmek üzere dosyaya yerleştiriniz.	➤ Formları yerleştirmeden kontrol etmeyi alışkanlık haline getirmelisiniz.

ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME

Aşağıdaki cümlelerin başında boş bırakılan parantezlere, cümlelerde verilen bilgiler doğru ise D, yanlış ise Y yazınız.

1. () Anestezi protokol defterinde tahribat yapmak suçtur, soruşturma gerektirir.
2. () Anestezi protokol defterine vakaların kaydedilmesinde sadece anestezi protokolünün verilmesi yeterlidir.
3. () Protokol defterinin tek işlevi istatistiksel araştırmalara olanak sağlamasıdır.

DEĞERLENDİRME

Cevaplarınızı cevap anahtarıyla karşılaştırınız. Yanlış cevap verdiğiniz ya da cevap verirken tereddüt ettiğiniz sorularla ilgili konuları faaliyete geri dönerek tekrarlayınız. Cevaplarınızın tümü doğru ise bir sonraki öğrenme faaliyetine geçiniz.

ÖĞRENME FAALİYETİ-6

AMAÇ

Anestezi sarf malzeme formunu en az iki nüsha halinde ve doğru doldurabileceksiniz.

ARAŞTIRMA

En yakın sağlık kuruluşundan sarf malzeme formu temin ederek inceleyiniz.

6. ANESTEZİ SARF MALZEME FORMU

6.1. Sarf Malzeme Formunun Doldurulması

Sarf malzeme formu, her anestezi uygulaması için doldurulması gereken formlardan biridir. Formun doldurulması, hastaya uygulanan her türlü ilaç ve malzemenin kaydedilmesini, dolayısıyla yapılan uygulamanın ücretlendirilmesinin doğru, düzenli ve adil olmasını sağlar.

Formun üst kısmında hastanın adı soyadı, doğum tarihi, protokol numarası, bölümü, tarihin yazıldığı bölüm yer almaktadır. Altta ise anestezi ilaçları ile anestezi uygulamalarında kullanılan diğer ilaçlar yer alır.

Formlar en az iki nüsha şeklinde düzenlenmektedir; ancak üç nüsha şeklinde düzenleyen sağlık kuruluşları da vardır. Uygulama süresince yapılan ilaçlar formda işaretlendikten sonra ilk nüsha anestezi formunun arkasına iliştilerilerek anestezi arşivine, ikinci nüsha anestezi takip formu ile birlikte hasta dosyasına, üçüncü nüsha da sisteme kaydedilmek üzere anestezi sekreterine teslim edilir. Anestezi sarf malzeme formu hasta dosyasında bulunamayan hastaların taburcu işlemleri sonlandırılmaz.

6.2. Anestezi Sarf Malzeme Formunun Doldurulmasında Dikkat Edilecek Noktalar

- Form en az iki nüsha olmalıdır.
- Formun üst kısmına hastanın adı soyadı, doğum tarihi, protokol numarası, bölümü, tarihi doğru ve eksiksiz bir şekilde yazılmalıdır.
- Kullanılan ilaç ve malzeme doğru ve tam yazılmalıdır.
- Form doldurulduktan sonra mutlaka, ilk nüshası anestezi arşivinde saklanacak olan anestezi takip formunun arkasına, ikinci nüshası hasta dosyasına, üçüncü nüshası sisteme kaydedilmek üzere anestezi sekreterine verilmelidir.
- Uygulamanın ücretlendirilmesi için formun mutlaka anestezi sekreterine ulaştırılması gerektiği, sisteme işlenmeyen formlar nedeniyle hasta taburcu işleminin tamamlanmadığı unutulmamalıdır.

Anestezi sarf malzeme formu örneği Tablo 6.1’de gösterilmiştir.

Anestezi İlaç Malzeme Ücretlendirme Formu

Adı Soyadı:
Doğum Tarihi:
Protokol Nu:
Bölüm:
Tarih:

İlaç İsmi	Adedi
Adrenalin 0.5 amp	
Aldolan (Dolantin) amp	
Anexate 0.5 mg	
Aritmal %2 amp	
Atropin 0.25 mg. Amp	
Atropin 0.5 mg. Amp	
Avil amp	
Beloc amp	
Brevibloc Premixed 250 mg	
Calcium Picken amp	
Carena amp	
Cefazin 1 gr. Flk	
Citanest Flk	
Contramal 100 mg. Amp	
Dekort amp	
Dekstroz %5 500 ml	
Diazem amp	
Dormicum 5 mg. Amp	
Duocid 0.5 gr. Flk	
Duocid 1 gr. Flk	
Efedrin 50 mg. Amp	
Esmeron 50 mg. Amp	
Etomidate Lipura 20 mg Amp	
Fentanyl 2 ml. Amp	
Fraxiparine 0.4 ml	
Fraxiparine 0.5 ml	
Gelefusine 500 ml.	
Haes Steril %6 500 ml	
İsolyt S 500 ml	
İzodeks 1/3 250 ml	
İzotonik 1000ml	
İzotonik 500 ml	
Jetokain Simplex amp	
Ketalar Flk	
Lasix amp.	
Lystenon 100 mg. Amp	

İlaç İsmi	Adedi
Marcain Flk	
Marcain Heavy Amp	
Metiler amp	
Metpamid amp	
Morfin 0.001 g Amp	
Naloxane amp	
Neostigmin 0.5 mg Amp	
Nevparin Flk	
Norcuron 10 mg. Amp	
Novalgine Amp	
Paranox 120 m20 mg Supp.	
Pentothal 0.5	
Perlinganit Amp	
Plasma Steril 500	
Prednol 40 mg.amp	
Propofol 200 mg. Amp	
Ranitab 50 mg.Amp	
Rapifen 2 ml. Amp	
Ringer Laktat % 5 Dekstroz 500 ml	
Ringer Laktat % 5 Dekstroz 1000 ml	
Ringer Laktat 500 ml	
Ringer Laktat 1000 ml	
Serum Fizyolojik 10 ml. Amp	
Severone 1ml	
Thociline	
Tracrium 50 mg Amp	
Ultiva 2 ml Flk	
Xefo 8 mg Flk	
Ventolin İnhalar	
Zofer 8 mg Amp	

Tablo 6.1: Anestezi sarf malzeme formu

UYGULAMA FAALİYETİ

Anestezi sarf malzeme formunu en az iki nüsha halinde doldurunuz.

İşlem Basamakları	Öneriler
➤ Sarf malzeme formunu kontrol ediniz.	➤ En az iki nüsha olduğuna emin olmalısınız.
➤ Hastanın adı soyadını yazınız.	
➤ Hastanın servisini ve servis protokolünü yazınız.	
➤ Yatış tarihi, operatör ve anestezi bilgilerini yazınız.	➤ Doğru yere ve eksiksiz kayıt etmelisiniz.
➤ Uygulama süresince hastaya yapılan ilaç ve tüm malzemeyi yazınız.	
➤ Uygulama sonunda formu kontrol ediniz.	➤ Kontrol etmeyi alışkanlık haline getirirseniz eksik ya da yanlış iş yapma riskinin ortadan kalkacağını unutmamalısınız.
➤ Formun ilk nüshasını anestezi arşivine kaldırılmak üzere anestezi takip formunun arkasına, ikinci nüshayı hasta dosyasına, üçüncü nüshayı anestezi sekreterine teslim ediniz.	➤ Sisteme işlenmeyen formlar nedeniyle taburcu işlemlerinin sonlandırılmadığını ve bu durumun hastaları zorladığını unutmamalısınız.

ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME

Aşağıdaki cümleleri dikkatlice okuyarak boş bırakılan yerlere doğru sözcüğü yazınız.

1. Anestezi sarf malzeme formları en az..... nüsha şeklinde hazırlanır.
2. Anestezi formunun bir nüshası anestezi sekreteri tarafından sisteme kaydedilmezse, hastanın taburcu işlemi
3. Anestezi sarf malzeme formunun amacı;

DEĞERLENDİRME

Cevaplarınızı cevap anahtarıyla karşılaştırınız. Yanlış cevap verdiğiniz ya da cevap verirken tereddüt ettiğiniz sorularla ilgili konuları faaliyete geri dönerek tekrarlayınız. Cevaplarınızın tümü doğru ise bir sonraki öğrenme faaliyetine geçiniz.

MODÜL DEĞERLENDİRME

Aşağıdaki cümlelerin başında boş bırakılan parantezlere, cümlelerde verilen bilgiler doğru ise D, yanlış ise Y yazınız.

1. () Yaşlılar ve çocuklar anestezi uygulamaları sırasında sıvı yüklenmesi ve sıvı açığı yönünden dikkatle takip edilmesi gereken hastalardır.
2. () Anestezi formunda kan basıncı X işareti ile gösterilmektedir.
3. () Anestezi formu, anestezi uygulamasını takiben hastanın hayati bulguları stabil hale döndükten sonra doldurulmalıdır.
4. () Komplikasyon gelişiminde hastaya uygulanan ilaçların ampulleri anestezi formuna yazılana kadar atılmamalıdır.
5. () Anestezi uygulamalarında yapılan ilaçların doğru ve zamanında kaydedilmesi gereksiz ilaç tekrarını önler.
6. () Anestezi protokol defteri hasta kimlik bilgileri, hastalık bilgileri ve anestezi tekniği ile ilgili bilgileri içerir.
7. () Anestezi protokol defterinin ilk ve son sayfaları hastane idaresince mühürlenmiştir.

Aşağıdaki cümleleri dikkatlice okuyarak boş bırakılan yerlere doğru sözcüğü yazınız.

8. Anestezi uygulamalarında gereksiz ilaç tekrarlarının en önemli sakıncası;.....
9. Hastaya her gün uygulanacak ilaçların doz ve veriliş yolunun belirtildiği, hekim tarafından yazılan forma denir.
10. , hastaya yapılacak tedavi ve tıbbi müdahale için hekime izin verdiğini gösteren belgedir.
11. Doğru ve eksiksiz tutulmuş bir anestezi formu, oluşabilecek bir sorunda çalışanları koruyan
12. Hayati bulgular derece kağıdına günde kez işaretlenir.

DEĞERLENDİRME

Cevaplarınızı cevap anahtarıyla karşılaştırınız. Yanlış cevap verdiğiniz ya da cevap verirken tereddüt ettiğiniz sorularla ilgili konuları faaliyete geri dönerek tekrarlayınız. Cevaplarınızın tümü doğru ise bir sonraki modüle geçmek için öğretmeninize başvurunuz.

CEVAP ANAHTARLARI

ÖĞRENME FAALİYETİ-1'İN CEVAP ANAHTARI

1	B
2	D
3	E
4	Doğru
5	Yanlış

ÖĞRENME FAALİYETİ-2'NİN CEVAP ANAHTARI

1	Siyah, 0.2 C
2	Kırmızı, 4
3	Mavi, 2

ÖĞRENME FAALİYETİ-3'ÜN CEVAP ANAHTARI

1	Doğru
2	Yanlış
3	Yanlış
4	Doğru
5	Yanlış

ÖĞRENME FAALİYETİ-4'ÜN CEVAP ANAHTARI

1	A
2	B
3	C
4	C
5	Stabil hale geldikten sonra
6	̸, x
7	Hastanın ayrıntılı takibini sağlar

ÖĞRENME FAALİYETİ-5'İN CEVAP ANAHTARI

1	Doğru
2	Yanlış
3	Yanlış

ÖĞRENME FAALİYETİ-6'NIN CEVAP ANAHTARI

1	İki
2	yapılamaz
3	Ücretlendirmenin doğru, düzenli ve adil olmasını sağlamaktır.

MODÜL DEĞERLENDİRME CEVAP ANAHTARI

1	Doğru
2	Doğru
3	Doğru
4	Doğru
5	Doğru
6	Doğru
7	Yanlış
8	uyanmanın gecikmesidir.
9	ilaç tabelası
10	onam formu(rıza formu)
11	iki kez

KAYNAKÇA

- ATASOY Sibel, Kübra KARADENİZ, **Anestezi**, Fatih Ofset İstanbul, 2003.
- HOVARDAOĞLU Ayşen, Leyla ŞENOCAK, **Hasta Bakımı ve Koruyucu Ebelik Hizmetleri**, Hatipoğlu Yayınları, Ankara, 1993.
- KAYHAN Zeynep, **Klinik Anestezi**, Logos Yayıncılık Tic. A.Ş., 1997.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, **Türkiye’de Sağlığa Bakış**, Bölük Ofset Matbaacılık Oto. Reklam. San. Tic. Ltd. Şti., Ankara, 2007.
- Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, Resmi Gazete Yayın Tarihi: 05 05. 2005 Tarih ve 25806 Sayılı