

แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย

ข้อมูลทั่วไป

เลขที่โรงพยาบาล.....วันที่ผ่าตัด.....
.....ห้องที่ทำผ่าตัด.....

เวรที่ทำผ่าตัด เช้า บ่าย ดึก

ความเร่งด่วนในการผ่าตัด ผู้ป่วยที่มีการเตรียม (elective case)

ผู้ป่วยฉุกเฉิน (emergency)

ชนิดของการผ่าตัด (operative procedure).....

ชนิดของการระงับความรู้สึก ดมยาสลบทั่วร่างกาย ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่
ยาชาเฉพาะที่

ก่อนที่จะเริ่มให้การระงับความรู้สึก (sign in) ตรวจสอบดังนี้

1. ผู้ป่วยให้การยืนยัน ได้จากการสอบถามผู้ป่วยโดยไม่ใช้คำถามนำ

1.1 ชื่อ-นามสกุล ถูกต้อง ใช่ ไม่ใช่

ไม่สามารถให้การยืนยันได้ ระบุเหตุผล.....

1.2 ตำแหน่งผ่าตัด ถูกต้อง ใช่ ไม่ใช่

ไม่สามารถให้การยืนยันได้ ระบุเหตุผล.....

1.3 ชนิดของการผ่าตัด ถูกต้อง ใช่ ไม่ใช่

ไม่สามารถให้การยืนยันได้ ระบุเหตุผล.....1.4 ใบนินยอมผ่าตัด ถูกต้อง

ใช่ ไม่ใช่ ไม่สามารถให้การยืนยันได้ ระบุเหตุผล.....

2. มีการทำเครื่องหมายบริเวณที่จะทำผ่าตัด

ใช่ ไม่ใช่ ไม่สามารถทำเครื่องหมายได้

ระบุเหตุผล.....

3. การกำจัดขนก่อนการผ่าตัด

กำจัดขน โดยใช้ ใบมีดโกน ที่ขลิบขน (clipper) อื่นๆ

ระบุ.....

เวลาที่กำจัดชน น้อยกว่า 2 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด มากกว่า 2 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด ระบุ.....ชั่วโมง
 ไม่กำจัดชน

4. มีการประเมินความปลอดภัยในการระงับความรู้สึกโดยวิสัญญี หรือศัลยแพทย์ หรือพยาบาลห้องผ่าตัด

ใช่ ไม่ใช่

5. มี pulse oximeter ติดให้ผู้ป่วยและใช้การได้

ใช่ ไม่ใช่ ไม่จำเป็น

ระบุเหตุผล.....

6. ผู้ป่วยมีความเสี่ยง ในหัวข้อต่อไปนี้

6.1 ประวัติการแพ้ยา

แพ้ยา ระบุ..... ไม่แพ้ยา ไม่ทราบ

6.2 การใส่ท่อช่วยหายใจลำบากหรือเสี่ยงที่จะเกิดอาการสำหรับลักษณะใส่ท่อช่วยหายใจ

ใช่ มีการเตรียมอุปกรณ์และความพร้อมในการให้ความช่วยเหลือ

ไม่มีการเตรียมอุปกรณ์และความพร้อมในการให้ความช่วยเหลือ

ไม่ใช่

6.3 มีโอกาสเสียเลือดมากกว่า 500 มล. หรือ 7 มล./กก. ในผู้ป่วยเด็ก

ใช่ มีการเตรียมพร้อมหลอดเลือดดำและสารน้ำที่จะให้ทดแทน

ไม่มีการเตรียมพร้อมหลอดเลือดดำและสารน้ำที่จะให้ทดแทน

ไม่ใช่

ก่อนที่จะลงมีด (time out) มีการกระทำในสิ่งต่อไปนี้

1. สมาชิกทีมผ่าตัดทุกคนมีการแนะนำชื่อและบทบาทของตนเอง ใช่ ไม่ใช่

2. ศัลยแพทย์ วิสัญญี และพยาบาล ออกปากยืนยัน ดังนี้

2.1 ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย ใช่ ไม่ใช่

2.2 ตำแหน่งที่จะผ่าตัด ใช่ ไม่ใช่

2.3 ชนิดการผ่าตัด ใช่ ไม่ใช่

3.

ศัลยแพทย์ทบทวนขั้นตอนการผ่าตัดที่สำคัญหรือขั้นตอนที่อาจเกิดขึ้นได้โดยไม่คาดคิด ระยะเวลาผ่าตัด และการเสียเลือด

ใช่ ไม่ใช่

4. วิสัญญี หรือคัลยแพทย์ หรือพยาบาลห้องผ่าตัด

ทบทวนปัญหาที่ต้องระมัดระวังในการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยเฉพาะราย

- ใช่ ไม่ใช่

5. พยาบาลทบทวนประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อของเครื่องมือ (ตัวบ่งชี้ทางเคมี) ความพร้อมของเครื่องมือผ่าตัด และอื่นๆ

- ใช่ ไม่ใช่

ปัญหาที่พบ ไม่มี มี

ไม่มีตัวบ่งชี้ทางเคมี ตัวบ่งชี้ทางเคมีไม่ดำ

เครื่องมือผ่าตัดเปียกชื้น จำนวน.....ชิ้น

เครื่องมือผ่าตัดไม่ครบ/ไม่เพียงพอ ต้องเรียกเพิ่ม.....ชิ้น

ต้องเสียเวลารอ.....นาที

ปัญหาอื่นๆ ระบุ

6. ให้อาปปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อภายใน 60 นาทีก่อนลงมีด

- ใช่ ไม่ใช่ ไม่จำเป็น

ชื่อยาและขนาดยา.....

7. ติดภาพรังสีที่ต้องใช้ระหว่างผ่าตัด

- ใช่ ไม่ใช่ ไม่จำเป็น

ก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด (sign out) พยาบาลออกปากยืนยันในสิ่งต่อไปนี้

1. ชนิดของการผ่าตัด ซึ่งได้บันทึกไว้ในแบบบันทึกการผ่าตัด ถูกต้อง

- ใช่ ไม่ใช่

2. การตรวจนับเครื่องมือผ่าตัด ผ้าซับเลือด และเข็มเย็บ ครบถ้วน

- ใช่ ไม่ใช่

ระบุ..... ไม่จำเป็น

3. การเขียนป้ายส่งตรวจ ซึ่งรวมถึงชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย ถูกต้อง

- ใช่ ไม่ใช่

ระบุ..... ไม่มีส่งตรวจ

4. เครื่องมือผ่าตัดมีปัญหา เช่น ชำรุด ไม่ทราบวิธีการใช้ เป็นต้น

- ใช่

ระบุชนิด.....ลักษณะการชำรุด.....

ไม่ใช่

.....
.....
5. คัลยแพทย์ วิสัญญี และพยาบาล ทบทวนเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นระหว่างการผ่าตัด
ซึ่งต้องแจ้งให้ทีมห้องพักรฟื้นดูแลผู้ป่วย

ใช่

ไม่ใช่

ระบุ.....

ไม่จำเป็น