

**Operasjon - Sjekkliste Trygg kirurgi i narkose, øye**

 Utgave: 2.00  
 Gjelder fra: 19.12.2024  
 Side: 1 av 2

<b>Forberedelse</b> <i>før innledning av anestesi.</i>	<b>Time-out</b> <i>før operasjonsstart</i>	<b>Avslutning</b> <i>før hovedoperatør forlater operasjonsfeltet</i>
<p><b>Har pasienten bekreftet?</b></p> <input type="checkbox"/> Identitet <input type="checkbox"/> Operasjonsfelt, side <input type="checkbox"/> Type inngrep <p><b>Er operasjonsfelt merket?</b></p> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei/Uaktuelt <p><b>Dilatert pupillen?</b></p> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei/Uaktuelt <p><b>Anestesisjekk er utført</b></p> <input type="checkbox"/> Ja <p><b>Kjent allergi?</b></p> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Siste vannlatning kl: <p><b>Fastende? (Lokalanestesi)</b></p> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <p><b>Diabetes?</b></p> <input type="checkbox"/> Ja, blodsukker kontrollert <input type="checkbox"/> Nei <p><b>Infeksjon?</b></p> <input type="checkbox"/> Ja, smitteregime <input type="checkbox"/> Nei /Ikke aktuelt <p><b>Evt. IOL mål - og korrekt linse tilgjengelig?</b></p> <input type="checkbox"/> Ja	<p><b>Teamet presenterer seg med navn og funksjon</b></p> <p><b>Teamet bekrefter muntlig:</b></p> <input type="checkbox"/> Hva er pasientens navn? <input type="checkbox"/> Hva er planlagt prosedyre, operasjonsfelt og -side? <p><b>Gjennomgang av mulig risikofylte hendelser</b></p> <p><b>Kirurg:</b></p> <input type="checkbox"/> Kritiske risikofaktorer teamet bør kjenne til <input type="checkbox"/> Forventet operasjonstid <p><b>Anestesilege og anestesisykepleier:</b></p> <input type="checkbox"/> Hva er pasientens ASA-klassifikasjon <input type="checkbox"/> Særlige risikofaktorer ved anestesian som teamet bør kjenne til <p><b>Operasjonssykepleier:</b></p> <input type="checkbox"/> Er steriliteten på instrumentene bekreftet? <input type="checkbox"/> Utfordringer ved bruk av utstyret	<p><b>Teamet gjennomgår muntlig:</b></p> <input type="checkbox"/> Hvilket inngrep er gjennomført? <input type="checkbox"/> Stemmer antall instrumenter, kompresser/duker, nåler og utstyr for øvrig? <input type="checkbox"/> Er prøvematerialet riktig, antall, merking og medium? <input type="checkbox"/> Har det vært problemer med utstyret som det skal varsles om? <input type="checkbox"/> Er det behov for scanning/tapping av urinblæra?

