

**Stranový protokol a bezpečnostní proces
pro ambulantní výkony v lokální anestezii**

štítek

Operační diagnóza:

Operovaná strana:

Etáž operace:

Alergie:

☐ NE

☐ ANO jaká

Kontrola sterilního
instrumentária:

☐ ANO

Datum a podpis pacienta jako souhlas s operačním výkonem (stranou operace):

.....
Datum

.....
Podpis pacienta

Záznam operátéra

Před zahájením operačního výkonu jsem identifikoval pacienta, zkontroloval plánovaný operační výkon, operovanou stranu nebo etáž operace.

Datum a čas:

Jmenovka a podpis lékaře:

Záznam sestry

Biologický materiál odebrán a řádně označen a uložen: ☐ ANO ☐ NEODEBRÁN

Jmenovka a podpis sestry:

dokument je duševním vlastnictvím KHN a.s. a slouží potřebám zaměstnanců KHN a.s.