

1. PŘED ÚVODEM DO ANESTÉZIE (kontroluje a zapisuje anesteziologická sestra)	2. PŘED KOŽNÍ INCIZÍ (zapisuje perioperační sestra, za přítomnosti operatéra)	3. NEŽ PACIENT OPUSTÍ OPERAČNÍ SÁL (zapisuje perioperační sestra po odsouhlasení operatérem)
Souhlasí identifikace pacienta <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	Souhlasí identifikace pacienta <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	Počet nástrojů, roušek a textilního materiálu souhlasí <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
Souhlasí typ operačního výkonu <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	Identifikace operačního výkonu <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	Alergické projevy během výkonu <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
Kontrola informovaných souhlasů související s anestezií a výkonem <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	Kontrola dokumentace, RTG snímků <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	Změny na kůži po operačním výkonu <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
Strana nebo etáž operačního výkonu je označena <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	Verifikační protokol podepsán <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	Odebraný biologický materiál řádně označen, uložen <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> neodebrán
Kontrola alergické anamnézy <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	Kontrola sterilního instrumentária <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	
Kontrola chrupu, zubní protézy <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	Dostatečný sortiment implantátů připraven <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> není potřeba	
Transfuzní přípravky připraveny <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> není potřeba	Zobrazovací technika připravena <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> není potřeba	
Kontrola funkčnosti anest. přístroje a kompletnost vybavení <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	Indikována ATB profylaxe <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> není potřeba	
	Bezpečné uložení pacienta na operačním stole <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	
	Správné umístění a upevnění neutrální elektrody <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	
	Přítomen externí pracovník, který je proškolen <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	
Identifikace a podpis anesteziologické sestry:	Identifikace a podpis perioperační sestry:	Identifikace a podpis perioperační sestry: