

수술계획 규정

관리번호	W-5.1.1	제정일	2013년 02월 15일
승인책임자	병원장	최근개정일	2016년 10월 31일
검토책임자	규정관리위원장	시행일	2016년 12월 01일
주무부서	수술실	검토주기	3년
관련근거	의료기관인증기준 5.1.1	검토예정일	2019년 10월 30일

I. 목적

수술은 환자에게 높은 수준의 위험을 동반하므로, 환자평가 결과에 따라 계획을 수립하고 안전하고 적합한 수술을 제공하기 위함이다.

II. 규정

1. 수술 전 평가를 기반으로 수술계획을 수립하고 기록한다.
 - 1) 수술 계획은 다음의 내용을 포함한다.
 - (1) 수술을 목적으로 내원한 경우는 초기 평가 (환자의 병력, 신체적 상태, 진단검사 결과 및 자료, 추정 진단명 등)를 기반으로 하여 수술 계획을 수립한다.
 - (2) 입원 중 수술이 결정된 경우 추가적으로 환자의 병력, 신체적 상태, 진단검사 결과 및 자료, 추정 진단명 등을 평가하여 수술 계획을 수립한다.
2. 수술 전에 진단명을 기록한다.
3. 수술실(회복실) 퇴실 전에 수술에 대한 내용을 기록한다.
 - 1) 수술에 대한 기록 내용은 회복실 퇴실 전까지 수술기록지에 다음 내용을 기록한다.
 - (1) 수술명
 - (2) 집도의/보조의 이름
 - (3) 수술 후 진단명
 - (4) 검사를 위해 채취한 조직표본검체
 - (5) 출혈 정도
 - (6) 기타 특이사항
 - (7) 수술기록 작성일시 및 서명
4. 수술 후 평가를 기반으로 24시간 이내 치료계획을 수립한다.
 - 1) 수술 후 치료계획은 다음을 고려하여, 24시간 이내에 기록한다.
 - (1) 수술 이후의(회복실 퇴실 이후의) 환자 상태
 - (2) 수술 후 발생하거나 가능성이 있는 합병증, 검사결과, 주의관찰 사항 등
 - (3) 수술 전부터 계획된 경우라도 수술 중 변경된 내용이 있는 경우
 - (4) 환자의 요구가 있을 경우
5. 간호사는 수술 후 평가를 기반으로 간호계획을 수립한다.

간호사는 수술 후 환자평가(활력징후, 의식상태, 수술 후 통증 정도, 신경학적 검사)를 수행하여 이를 기반으로 간호계획을 수립하고 기록한다.



입안자	규정관리위원장	
승인책임자	병원장	
서명일		