

# Rizika na operačním sále



**Halačková Renata, Bednářová Barbora**

COS I. FN Brno

\* Klinika úrazové chirurgie LF MU a FN Brno



# Rizika v preoperačním období

## ODDĚLENÍ

- (NE)informovanost
- (NE)připravenost
- (NE)dochvilnost



### Informovaný souhlas

Jméno a příjmení pacienta: ..... RČ.: .....

Bydliště: ..... kód ZP: .....

Jméno a příjmení zákonného zástupce: .....

Klinika / oddělení: Oddělení 56 NJIP, Pediatrická klinika FN Brno

Seznámení provádějící lékař: .....

Plánovaná zdravotní služba: zákroky, výkony, vyšetření a terapie nutné v péči o novorozence s rozštěpovou vadou úst

Prohlašuji, že jsem četl přílohu, která je nedílnou součástí tohoto informovaného souhlasu a že mi bylo zdravotnickým pracovníkem sděleno a vysvětleno:

- účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotních služeb,
- zda navrhované zdravotní služby mají nějakou alternativu a zda existuje možnost zvolit si jednu z alternativ,
- možná omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po poskytnutí příslušných zdravotních služeb a případné změny zdravotní způsobilosti,
- údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a o poskytnutí dalších zdravotních služeb.

V případě, že jsem zákonný zástupce nezletilého pacienta nebo opatrovník pacienta s omezenou svéprávností, svým podpisem stvrzuji, že shora uvedené informace byly poskytnuty v přiměřeném rozsahu a formě těm pacientům.

Byl(a) jsem poučen(a) o svém právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb. Poté, co jsem měl(a) možnost klást doplňující otázky a zeptat se na vše, co pokládám za podstatné a moje dotazy mi byly lékařem zodpovězeny, prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměl(a), považuji mě poučení za dostatečné a na základě své svobodné vůle a poskytnutých informací souhlasím s provedením uvedené zdravotní služby.

V ..... dne: ..... čas: .....

podpis: .....  
pacient / zákonný zástupce / opatrovník  
(jedná-li se o nezletilého pacienta, který dovršil 14 let, připojí podpis zákonný zástupce i pacient)

.....  
seznámení provádějící lékař

V případě, že se pacient (zákonný zástupce / opatrovník) nemůže ze zdravotních důvodů podepsat:

důvod: .....

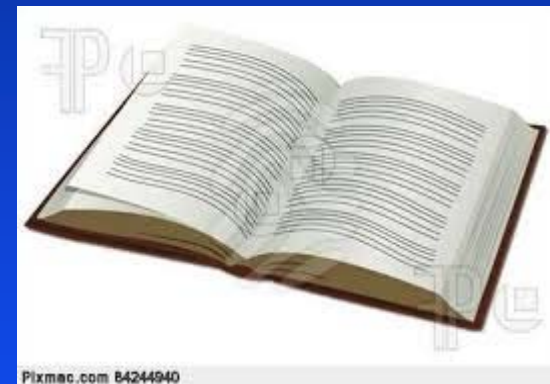
způsob projevu souhlasu: .....

Svědék: .....  
jméno a příjmení ..... podpis .....

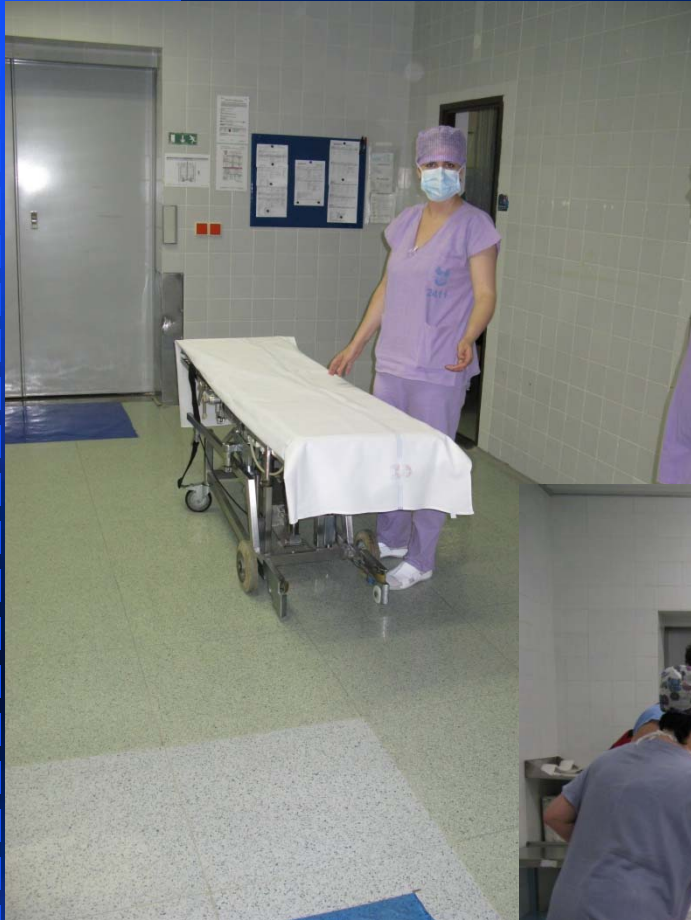
# Rizika v preoperačním období

## DISPEČINK

- Záměna pacienta
- Záměna dokumentace
- Pád pacienta



# DISPEČINK



# Rizika v preoperačním období

## OPERAČNÍ SÁL

- Záměna operované strany
- Pád a sesunutí
- (NE)nalepení neutrální elektrody

## Úplný verifikační protokol pro nemocné se stranovým výkonem

Štítek

Diagnóza, včetně určení strany (česky):

.....

Druh plánovaného výkonu:	Strana	
	Pravá	Levá
Strana postižení a výkonu dle ambulantního záznamu:		
Strana výkonu dle chorobopisu, příjmového protokolu:		
Strana postižení a výkonu dle vyjádření pacienta:		
Strana postižení a výkonu dle zobrazovací metody:		
RTG Použito vyšetření ze dne:		
CT, NMR, PET Použito vyšetření ze dne:		
USG Použito vyšetření ze dne:		
Jiná použitá dokumentace:		



PŘED ÚVODEM DO ANESTÉZIE (zapisuje anesteziologická sestra, kontroluje anesteziolog)	PŘED KOŽNÍ INCIZÍ (zapisuje perioperační sestra, kontroluje chirurg)	NEŽ PACIENT OPUSTÍ OPERAČNÍ SÁL (zapisuje anesteziologická a perioperační sestra, kontroluje chirurg a anesteziolog)								
<p><b>V ANESTEZIOLOGICKÉM ZÁZNAMU JE ZAZNAMENÁNA:</b></p> <p><input type="checkbox"/> kontrola totožnosti pacienta (dotaz + náramek)</p> <p><input type="checkbox"/> kontrola funkčnosti anesteziologického přístroje a kompletnost vybavení včetně pulzní oxymetrie</p> <p><input type="checkbox"/> kontrola záznamu informovaného souhlasu pacienta s podáním anestézie a jejím typem</p> <p><input type="checkbox"/> kontrola záznamu alergické anamnézy pacienta včetně kontroly případné antialergické přípravy</p> <p><input type="checkbox"/> kontrola indikace (event. riziko aspirace) a případného provedení bleskového úvodu do anestézie</p> <p><b>JE POTVRZENO PACIENTEM:</b></p> <p><input type="checkbox"/> typ operačního výkonu</p> <p><input type="checkbox"/> strana operačního výkonu</p> <p><b>JE STRANA OPER. VÝKONU OZNAČENA:</b></p> <p><input type="checkbox"/> ANO</p> <p><input type="checkbox"/> NE</p> <p><input type="checkbox"/> není potřeba</p> <p><b>JSOU PŘIPRAVENY LÉKY A VYBAVENÍ POTŘEBNÉ PRO PODÁNÍ ANESTÉZIE:</b></p> <p><input type="checkbox"/> ANO</p> <p><input type="checkbox"/> NE</p> <p><b>RIZIKO KREVNÍ ZTRÁTY VĚTŠÍ NEŽ 500 ml (DĚTI &gt; 7 ml/kg)</b></p> <p><input type="checkbox"/> ANO</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> provedena vhodná opatření</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> krevní deriváty připraveny</p> <p><input type="checkbox"/> NE</p>	<p>Je-li na operačním sále osoba, kterou členové týmu neznají, představí se a sdělí důvod své přítomnosti.</p> <p><b>CHIRURG NEBO PERIOPERAČNÍ SESTRA ÚSTNĚ POTVRDIL:</b></p> <p><input type="checkbox"/> pacientovu totožnost</p> <p><input type="checkbox"/> typ operačního výkonu</p> <p><input type="checkbox"/> stranu operačního výkonu</p> <p><b>JE INDIKOVÁNA ANTIBIOTICKÁ PROFYLAXE</b></p> <p><input type="checkbox"/> ANO</p> <p><input type="checkbox"/> není potřeba</p> <p><b>OČEKÁVANÉ KRITICKÉ UDÁLOSTI</b></p> <p><b>CHIRURG</b></p> <p><input type="checkbox"/> nestandardní nebo nerutinní postupy</p> <p><input type="checkbox"/> délka trvání výkonu</p> <p><input type="checkbox"/> očekávaná ztráta krve</p> <p><input type="checkbox"/> specifický materiál, instrumentárium, zařízení</p> <p><b>ANESTEZIOLOG</b></p> <p><input type="checkbox"/> rizikové faktory u pacienta</p> <p><b>PERIOPERAČNÍ SESTRA</b></p> <p><input type="checkbox"/> sterilita</p> <p><input type="checkbox"/> zvláštnosti instrumentária, materiálu, zařízení</p> <p><input type="checkbox"/> bezpečné uložení pacienta na operačním stole</p> <p><input type="checkbox"/> správné umístění a upevnění neutrální elektrody</p> <p><input type="checkbox"/> je připravena potřebná operační technika</p> <p><input type="checkbox"/> je připraven dostatečný sortiment implantátů, nástrojů a zdravotnických potřeb</p> <p><b>ZOBRAZOVACÍ TECHNIKA JE PŘIPRAVENA</b></p> <p><input type="checkbox"/> ANO</p> <p><input type="checkbox"/> není potřeba</p>	<p><b>OPERAČNÍ TÝM KONTROLUJE A POTVRZUJE:</b></p> <p><input type="checkbox"/> identifikace a úloha členů operačního týmu souhlasí ve všech částech zdravotnické dokumentace (perioperační ošetřovatelská dokumentace, operační protokol)</p> <p><input type="checkbox"/> název operačního výkonu</p> <p><input type="checkbox"/> souhlasí počet nástrojů, zdravotnických potřeb a břišních roušek</p> <p><input type="checkbox"/> použité nástroje jsou funkční a úplné</p> <p><input type="checkbox"/> odebraný biologický materiál je řádně označen a uložen</p> <p><input type="checkbox"/> zjištěné problémy s vybavením nebo technikou</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">JMÉNO</td> <td style="width: 50%; border: none;">PODPIS</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"> </td> <td style="border: none;"> </td> </tr> </table> <p><b>ANESTEZIOLOG POTVRZUJE</b></p> <p><input type="checkbox"/> identifikace, úloha členů operačního týmu a název výkonu zaznamenané v anesteziologickém záznamu souhlasí s operačním protokolem</p> <p><input type="checkbox"/> doporučení k další pooperační péči (klíčové faktory pro zotavení z anestézie a pro další léčbu včetně léčby pooperační bolesti a PONV) jsou zaznamenané v:</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Průvodka anesteziologického záznamu</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Stručný anesteziologický záznam</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">JMÉNO</td> <td style="width: 50%; border: none;">PODPIS</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"> </td> <td style="border: none;"> </td> </tr> </table> <p><b>POZNÁMKY</b></p> <p><input type="checkbox"/> střídání týmu během operace</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 50px; margin: 10px auto; text-align: center; padding: 5px;">Štítek pacienta</div> <p>Datum</p>	JMÉNO	PODPIS			JMÉNO	PODPIS		
JMÉNO	PODPIS									
JMÉNO	PODPIS									
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">JMÉNO</td> <td style="width: 50%; border: none;">PODPIS</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"> </td> <td style="border: none;"> </td> </tr> </table>	JMÉNO	PODPIS			<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">JMÉNO</td> <td style="width: 50%; border: none;">PODPIS</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"> </td> <td style="border: none;"> </td> </tr> </table>	JMÉNO	PODPIS			
JMÉNO	PODPIS									
JMÉNO	PODPIS									



# Rizika v perioperačním období a bezprostředně po skončení

- Aspirace zvratků
- Alergická reakce
- Podchlazení
- Záměna medic. plynů
- Ischemie, otlak, paréza
- Popálení
- Zubní protéza
- Cizí tělesa v těle



# Rizika pooperační

- Infekce v ráně
- Hematom
- Dehiscence operační rány
- Bolest
- Laryngospasmus
- Zvracení



# Zdraví a bezpečnost personálu

- Uklouznutí
- Poranění nástrojem
- Infekce
- RTG přístroje



Děkuji za pozornost

