

Jméno a příjmení pacienta: .....  
 Rodné číslo pacienta: .....  
 Datum narození (není-li RČ) ..... Kód ZP:.....  
 Adresa trv. pobytu  
 (případně jiná adresa).....

Operační výkon:..... Operatér: ..... Instrumentářka: .....

Datum: ..... Začátek operace:..... Konec operace: ..... Obíhající sestra: .....

Výkon	Antiseptise	Užité přístroje (viz. zdravotnická dokumentace)	Dokumentace o úspěšnosti sterilizace
<input type="checkbox"/> plánovaný <input type="checkbox"/> akutní	<b>Typ:</b> <b>Alergie:</b> <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano (jaké):	<input type="checkbox"/> odsávací zařízení <input type="checkbox"/> RTG (čas viz RTG deník) <input type="checkbox"/> turniket místo přiložení: čas od:                      do: <input type="checkbox"/> mikroskop <input type="checkbox"/> endoskopická věž <input type="checkbox"/> jiné:	<input type="checkbox"/> shodná se záznamem ve sterilizačním deníku
Pacient	Elektrokoagulace	Užité materiály a léky v operační ráně (viz. zdravotnická dokumentace)	Nežádoucí událost
<input type="checkbox"/> hospitalizovaný <input type="checkbox"/> ambulantní	<input type="checkbox"/> MONO <input type="checkbox"/> BIPO <b>Umístění neutrální elektrody:</b> <input type="checkbox"/> záda <input type="checkbox"/> noha <input type="checkbox"/> ruka <input type="checkbox"/> hýždě <input type="checkbox"/> jiné:	<input type="checkbox"/> implantáty: <input type="checkbox"/> hemostatika: <input type="checkbox"/> ATB: <input type="checkbox"/> spongioplastika: <input type="checkbox"/> jiné:	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> formulář uložen:
Poloha pacienta	Stav kůže	Šicí materiál	Poznámky:
<input type="checkbox"/> na zádech <input type="checkbox"/> na břiše <input type="checkbox"/> na boku <input type="checkbox"/> v sedě <input type="checkbox"/> jiná:	Změny na kůži <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <b>Lokalizace:</b> <input type="checkbox"/> otlak <input type="checkbox"/> popálení neutrální elektrodou <input type="checkbox"/> poleptání antiseptickým roztokem <input type="checkbox"/> jiné:	<input type="checkbox"/> vstřebatelný (druh): <input type="checkbox"/> nevstřebatelný (druh):	Prohlašuji, že počet roušek, sušení a nástrojů souhlasí. Perioperační bezpečnostní proces proveden. Jmenovka a podpis instrumentářky  Jmenovka a podpis obíhající sestry
Podložka	Odběry	Užité roztoky	
<input type="checkbox"/> tepelná <input type="checkbox"/> vzduchová <input type="checkbox"/> jiná:	<input type="checkbox"/> histologie (počet): <input type="checkbox"/> rychlá histologie (počet): <input type="checkbox"/> bakteriologie (počet): <input type="checkbox"/> anaeroby (počet): <input type="checkbox"/> jiné:                      (počet):	<input type="checkbox"/> Fyziologický roztok <input type="checkbox"/> Ringerův roztok <input type="checkbox"/> kontrast (druh): <input type="checkbox"/> ohřev roztoků <input type="checkbox"/> jiné:	
Oholení pacienta na operačním sále	Drény		
<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> Redonův drén (počet) <input type="checkbox"/> hrudní drén (počet): <input type="checkbox"/> břišní drén (počet): <input type="checkbox"/> jiné:		
Močový katétr zaveden na op. sále			
<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano			
Typ anestezie			
<input type="checkbox"/> celková <input type="checkbox"/> místní (druh): <input type="checkbox"/> jiná:			

**ZUM****IMPLANTÁTY****ŠICÍ MATERIÁL**

Název	Druh	LOT-šarže	ks	Název	Druh	LOT-šarže	ks
<b>CÉVNÍ PROTÉZY</b>				Dafilon			
Goretex							
Kolagenová				Chiralen			
Záplata				Premicron			
<b>KOSTNÍ</b>							
Dlaha							
Hřeb				Novosyn			
Drát							
Šroub							
Kotvička				Vicryl			
				Monosyn			
<b>STAPLERY</b>				Maxon			
Lineární							
Cirkulární				Prolen			
<b>KATÉTRY</b>				PDS Plus			
Fogarty kat.							
Foley							
Ureterární				Monocryl			
<b>JINÉ</b>				V – LOC			
Redon							
CV – CN				GORE CV			
Stříkačka							
Jehla				Ethibond			
Čepelka							
Čepelka							
Prolen síťka							
TOT							
<b>SURGICEL</b>							
Tkáňové lepidlo							



Jméno pacienta:		Rodné číslo:	/	Poj.:	
Datum:					
	Použití sterilního materiálu.				