

手術安全チェックリスト

*: 看護師管理の時は確認不要

サインイン 1 (患者入室前)		
麻酔器材	麻酔安全チェック (別紙あり)	<input type="checkbox"/> 確認済
*リスク	気道確保の困難 / 誤嚥のリスク (器材の有無/援助が可能)	<input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> 準備済 <input type="checkbox"/> なし
サインイン 2 (患者入室時)		
本人確認	手術同意書	<input type="checkbox"/> 確認済
	輸血同意書	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	リストバンド	<input type="checkbox"/> 確認済
	名乗りによる確認	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
手術部位確認	手術部位の確認	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
	左右の確認	<input type="checkbox"/> 左 } <input type="checkbox"/> 右 } <input type="checkbox"/> マーキングあり <input type="checkbox"/> 不要
アレルギー	アレルギーの有無 (食品、薬、ラテックス ヨード、アルコール)	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし ()
持参薬	持参薬	<input type="checkbox"/> 本人のもの <input type="checkbox"/> なし
X P	持ち込みフィルム	<input type="checkbox"/> 本人のもの (枚) <input type="checkbox"/> なし

タイムアウト(皮膚切開前)		
役割確認	役割紹介 (自己紹介)	<input type="checkbox"/> 実施済
手術確認	患者氏名・手術部位(左右)・術式	<input type="checkbox"/> 確認済
	執刀医の見解 (手術時間・出血量・特記事項) 眼科手術時省略可	<input type="checkbox"/> 確認済
	麻酔科医の見解 (リスク・輸血計画) *	<input type="checkbox"/> 確認済
	看護師の最終確認 (滅菌確認・ガーゼカウント) (感染症・血液型)(ME機器類のロック)	<input type="checkbox"/> 確認済
抗生剤	抗生剤の投与	<input type="checkbox"/> 確認済 <input type="checkbox"/> 不要

サインアウト(患者退室前)		
術式確認	手術術式名	<input type="checkbox"/> 確認済
ドレーン	ドレーンの留置部位 (眼科手術時確認不要)	<input type="checkbox"/> 確認済 <input type="checkbox"/> なし
術後評価	術後管理に関する特記事項	<input type="checkbox"/> 確認済
標本・検体	標本・検体	<input type="checkbox"/> 確認済
カウント	器械・針・ガーゼカウント	<input type="checkbox"/> 確認済
器材・器械	器械の点検 / 麻酔器の点検	<input type="checkbox"/> 確認済 <input type="checkbox"/> なし

日付:	年	月	日	
患者名:	様	血液型	感染症	
	サインイン	タイムアウト	サインアウト	
執刀科医師				
麻酔科医師				
器械出し看護師				
外回り看護師				