XX医院

介入手术安全核查表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 科别： 患者姓名： 性别： 年龄：  住院号： 麻醉方式： 手术名称：  手术医生： 手术日期： | | |
| **麻醉实施前** | **手术开始前** | **患者离开手术间前** |
| 患者姓名、性别、年龄正确：  是□ 否□  手术方式确认：是□ 否□  手术部位与标识正确：  是□ 否□  手术知情同意书：是□ 否□  麻醉知情同意书：是□ 否□  麻醉方式确认：是□ 否□  麻醉设备安全检查完成：  是□ 否□  皮肤是否完整：是□ 否□  术野皮肤准备正确：  是□ 否□  静脉通道建立完成：  是□ 否□  患者是否有过敏史：  是□ 否□  抗菌药物皮试结果：  是□ 否□  术前备血：  是□ 否□  假体□/体内植入物□/影像学资料□  其他： | 患者姓名、性别、年龄正确：  是□ 否□  手术方式确认：是□ 否□  手术部位与标识正确：  是□ 否□  **手术、麻醉风险预警：**  手术医师陈述：  预计手术时间：  预计失血量：  手术关注点：明确□  其它□  麻醉医师陈述：  麻醉关注点：明确□  其它□  手术护士陈述：  物品灭菌合格 □  仪器设备 □  术前术中特殊用药情况 □  其它 □  是否需要相关影像资料：  是□ 否□  其他： | 患者姓名、性别、年龄正确：  是□ 否□  实际手术方式确认：  是□ 否□  手术用药、输血的核查：  是□ 否□  手术物清点正确：是□ 否□  手术标本确认：是□ 否□  皮肤是否完整：是□ 否□  **各种管路：**  中心静脉通路 有□ 无□  动脉通路 有□ 无□  气管插管 有□ 无□  胃管 有□ 无□  尿管 有□ 无□  伤口引流数量 根  胸腔 有□ 无□  腹腔 有□ 无□  脑室 有□ 无□  其他 □  患者去向：  麻醉恢复室 □ 病房 □  ICU □ 急诊 □  离院 □  其他： |
| 手术医师：  麻醉医师：  手术室护士： | 手术医师：  麻醉医师：  手术室护士： | 手术医师：  麻醉医师：  手术室护士： |