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： |