

# PROTOKÓŁ PIEŁĘGNIARKI OPERACYJNEJ

56

Nazwisko \_\_\_\_\_

Imię \_\_\_\_\_ Płeć (K, M) ☐ Data urodzenia \_\_\_\_\_

PESEL

Nr Księgi Głównej \_\_\_\_\_

Oddział \_\_\_\_\_

|                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Operator _____</p> <p>Asystent I _____</p> <p>Asystent II _____</p> <p>Rozpoznanie przedoperacyjne _____</p> <p>Rodzaj wykonywanego zabiegu _____</p> <p>Rodzaj znieczulenia: _____</p> <p>Ogólne, przewodowe, regionalne, inne _____</p> | <p>Sala operacyjna NR <input type="text"/> Data _____</p> <p>Początek zabiegu ..... </p> <p>Koniec zabiegu ..... </p> <p>Pielęgniarka instrumentująca _____</p> <p>Pielęgniarka pomagająca _____</p> <p>Pielęgniarka anestezjologiczna _____</p> <p>Lekarz anestezjolog _____</p> <p>Osoby układające chorego _____</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Ułożenie:</p> <p>Na plecach <input type="checkbox"/></p> <p>Na brzuchu <input type="checkbox"/></p> <p>Na boku <input type="checkbox"/></p> <p>Na siedząco <input type="checkbox"/></p> <p>W pozycji ginekologicznej <input type="checkbox"/></p> <p>Inne <input type="checkbox"/></p> | <p>Preparaty do badań</p> <p>Histopatologia <input type="checkbox"/></p> <p>Bakteriologia <input type="checkbox"/></p> <p>Dorażne <input type="checkbox"/></p> <p>Liczba preparatów <input type="checkbox"/></p> | <p>Implanty - rodzaj</p> <p>Proteza _____</p> <p>Śruby _____</p> <p>Druły _____</p> <p>Płytki _____</p> <p>Inne _____</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <p>Materiał opatrunkowy</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Serwety gazowe</th> <th style="width: 30%;">Przed zabiegiem</th> <th style="width: 30%;">Po zabiegu</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Gaziki</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tupferki</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Setony</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Inne</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | Serwety gazowe  | Przed zabiegiem | Po zabiegu | Gaziki |  |  | Tupferki |  |  | Setony |  |  | Inne |  |  | <p>Zestaw narzędzi:</p> <p>Nazwa ..... </p> <p>Nr ..... </p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Stan przed zabiegiem</td> <td style="width: 33%;">Zgodny</td> <td style="width: 33%;">Nie zgodny</td> </tr> <tr> <td>Stan po zabiegu</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | Stan przed zabiegiem | Zgodny | Nie zgodny | Stan po zabiegu |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------|------------|--------|--|--|----------|--|--|--------|--|--|------|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------|------------|-----------------|--|--|
| Serwety gazowe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Przed zabiegiem | Po zabiegu      |            |        |  |  |          |  |  |        |  |  |      |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                      |        |            |                 |  |  |
| Gaziki                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                 |                 |            |        |  |  |          |  |  |        |  |  |      |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                      |        |            |                 |  |  |
| Tupferki                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                 |                 |            |        |  |  |          |  |  |        |  |  |      |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                      |        |            |                 |  |  |
| Setony                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                 |                 |            |        |  |  |          |  |  |        |  |  |      |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                      |        |            |                 |  |  |
| Inne                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                 |                 |            |        |  |  |          |  |  |        |  |  |      |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                      |        |            |                 |  |  |
| Stan przed zabiegiem                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Zgodny          | Nie zgodny      |            |        |  |  |          |  |  |        |  |  |      |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                      |        |            |                 |  |  |
| Stan po zabiegu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                 |                 |            |        |  |  |          |  |  |        |  |  |      |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                      |        |            |                 |  |  |

|                            |     |     |                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------|-----|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                            | TAK | NIE |                                                                                                                                                                                          |
| Aparat do elektrochirurgii |     |     | Elektroda bierna wielorazowa <input type="checkbox"/>                                                                                                                                    |
| RTG                        |     |     | Elektroda bierna jednorazowa <input type="checkbox"/>                                                                                                                                    |
| Opaska uciskowa            |     |     | Elektroda bierna <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 |
| Środek kontrastowy         |     |     |                                                                                                                                                                                          |
| Opatrunek gipsowy          |     |     |                                                                                                                                                                                          |
| Leki                       |     |     |                                                                                                                                                                                          |
| Płyn do płukania           |     |     | Rękawice 6,5                                                                                                                                                                             |
| Spongostan                 |     |     | 7,0                                                                                                                                                                                      |
| Klipsy tytan               |     |     | 7,5                                                                                                                                                                                      |
| Cewnik Foleya              |     |     | 8,0                                                                                                                                                                                      |
| Dren Kehra                 |     |     | 8,5                                                                                                                                                                                      |
| Dren Redona                |     |     | 9,0                                                                                                                                                                                      |
| Dren brzuszny              |     |     | Obłożenie wielorazowe                                                                                                                                                                    |
| Inne                       |     |     | Obłożenie jednorazowe                                                                                                                                                                    |

|                                                                                                                                                                     |                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <p>Siatki przepuklinowe _____</p> <p>IVI _____</p> <p>Szwy plecione wchłaniane _____</p> <p>Szwy niewchłaniane _____</p> <p>Szwy skórne _____</p> <p>Inne _____</p> | <p>Podpis pielęgniarki instrumentującej _____</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|