

		PROTOKÓŁ PIELĘGNIARKI OPERACYJNEJ		Data	
		Nazwisko i imię pacjenta	PESEL	Data urodzenia	
Sala			Nr hist. chor.	Nr księgi oddział.	
Czas trwania zabiegu Od do		Rodzaj zabiegu			
Piel. Instrumentująca:		Lekarz anestezjolog:			
Piel. pomagająca:		Lekarz operator:			
Piel. anestezjologiczna:		Asystenci:			
Inne osoby:					
Aparatura: <input type="checkbox"/> Cieplarka <input type="checkbox"/> Ssak <input type="checkbox"/> Z-w do cystoskopii <input type="checkbox"/> Z-w do laparoskopii <input type="checkbox"/> RTG		<input type="checkbox"/> Aparat do elektrokoag. mono <input type="checkbox"/> bipol <input type="checkbox"/> Elektroda bierna <input type="checkbox"/> wielorazowa <input type="checkbox"/> jednorazowa Miejsce przyłożenia elektrody biernej Stan skóry w miejscu przyłożenia elektrody biernej przed po		Ułożenie: <input type="checkbox"/> na plecach <input type="checkbox"/> na brzuchu <input type="checkbox"/> na boku <input type="checkbox"/> w pozycji ginekologicznej <input type="checkbox"/> inne	Dezynfekcja pola opera. Płyn dezynfekcyjny: <input type="checkbox"/> barwiony alkoholowy <input type="checkbox"/> bezbarwny alkoholowy <input type="checkbox"/> wodny z jodem <input type="checkbox"/> bezbarwny do służówek
Dreny: <input type="checkbox"/> Drenaż opłucnej Trokar nr + zestaw <input type="checkbox"/> Karbonowy <input type="checkbox"/> Redona - dren nr Butla		Cewniki: <input type="checkbox"/> Nelaton nr <input type="checkbox"/> Foleya nr <input type="checkbox"/> Urologiczny Implanty: <input type="checkbox"/> Cewnik centralny rodzaj <input type="checkbox"/> Klipsy tytanowe Ile <input type="checkbox"/> Zastawka		Preparaty do badań: <input type="checkbox"/> Histopatologicznego ile <input type="checkbox"/> Doraźnego ile <input type="checkbox"/> Bakteriologicznego ile	Opatrunki: <input type="checkbox"/> Folia oper. <input type="checkbox"/> Folia opatr. <input type="checkbox"/> Stripy <input type="checkbox"/> Opatrunek na ranę <input type="checkbox"/> Opaska dziana <input type="checkbox"/> Opaska elastyczna <input type="checkbox"/> Plaster
RODZAJ		KONTROLA MATERIAŁU / zużycie			
		Przed operacją i w trakcie dobrane	Po operacji	Material szewny	
Gaziki 7,5 x 7,5					
Gaziki 5 x 5 lub 10 x 10					
Setony					
Tupferki					
Serwety laparatomijne					
Ostrza					
Igły atraumatyczne					
NARZĘDZIA I MATERIAŁ OPERACYJNY ZGADZA SIĘ			tak	nie	
Przygotowanie: Płyny: Ile Lek Ile Maści / żele Ile Pieczętka i podpis zlecającego: <input type="checkbox"/> 0,9% Na CL <input type="checkbox"/> Lignocaina 1% <input type="checkbox"/> Aqua pro. inj. <input type="checkbox"/> Heparyna					
Czynności i zabiegi wykonane przy pacjencie. Uwagi					

Pieczętka i podpis pielęgniarki instrumentującej:

Pieczętka i podpis pielęgniarki pomagającej: