



Ruang Rawat:  
Prosedur Operasi:

Nama :  
No. RM :  
Tgl. Lahir :  
Alamat :  
J.Kelamin :

CEK LIS KESELAMATAN PASIEN DI KAMAR BEDAH

| SIGN IN ( Sebelum induksi anestesi )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | TIME OUT ( sebelum insisi kulit )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | SIGN OUT (sebelum pasien keluar kamar operasi) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <b>Konfirmasi / Verifikasi</b><br><div><input type="checkbox"/> Identitas ( nama lengkap,tanggal lahir) dan cek gelang pasien</div> <div><input type="checkbox"/> Nama Operasi</div> <div><input type="checkbox"/> Lokasi Operasi</div> <div><input type="checkbox"/> Informed Consent</div> <div><input type="checkbox"/> Jenis Anestesi</div> <div><input type="checkbox"/> Nama Operator</div> | <b>Konfirmasi kelengkapan Tim Operasi</b><br><div><input type="checkbox"/> Lengkap</div> <div><input type="checkbox"/> Tidak lengkap</div> <b>Menyebutkan nama dan peran tim operasi</b> <div><input type="checkbox"/> Operator:</div> <div><input type="checkbox"/> dr.Anestesi:</div> <div><input type="checkbox"/> Tim Bedah:</div> <div><input type="checkbox"/> Penata Anestesi:</div> |                                                |