

附件 2

白内障手术及围手术期医疗安全核查要点

| | 核查项目 | 关键点 |
|--------|------------------------|---|
| 麻醉实施前 | 患者基本信息 | 姓名、性别、年龄、过敏史、既往病史和用药史、相关住院信息 |
| | 手术眼别 | 左眼/右眼 |
| | 视力及眼部检查 | 术前眼部相关检查：如视力、眼压、眼部生物学参数、眼前节检查、眼底等、明确是否为独眼 |
| | 全身检查 | 血压、心电图、胸片、血常规、尿常规、凝血功能、血生化检查、肝肾功能、术前免疫检查等 |
| | 人工晶状体信息 | 品牌、型号、度数、材料（硅胶/丙烯酸） |
| | 知情同意书 | 患者/家属签字，解释手术方式、风险、费用、并发症等 |
| | 手术部位标记 | 术眼标记“左”或“右”，并核对手术单 |
| | 麻醉方式确认 | 表面麻醉/局部麻醉/全身麻醉，麻醉医师签字 |
| | 术前用药 | 抗生素滴眼液、抗菌药物（如头孢类）皮试结果（如需） |
| | 手术器械清点 | 手术显微镜、超声乳化仪手柄和管道、显微手术器械、缝线等 |
| | 人工晶状体核对 | 与手术单上的型号、度数一致，包装完整、无破损，在使用保质期内。 |
| | 设备功能检查 | 超声乳化仪检测通过、手术显微镜的光线及对焦正常 |
| | 无菌布置 | 手术台、手术巾、手术衣、手套、口罩、无菌手术包 |
| | 静脉通道（如需） | 建立可靠的 IV 通路，检查输液管路、药物准备 |
| | 过敏/皮试记录（如需） | 确认已完成抗菌药物皮试，记录结果 |
| 术前药物准备 | 表麻药、抗生素滴眼液、抗生素眼膏、局部用药等 | |

| | | |
|---------|----------|---------------------------------|
| | 环境安全 | 手术室温湿度、氧气、吸引系统、应急设备检查 |
| 手术开始前核查 | 患者身份再次确认 | 姓名、手术眼别、手术单号 |
| | 手术部位再次确认 | 现场核对标记，口头确认左/右眼 |
| | 人工晶状体核对 | 现场核对包装标签与手术单上的型号、度数 |
| | 麻醉方案确认 | 麻醉方式、药物剂量、监测设备准备 |
| | 关键风险提醒 | 过敏、特殊眼底病变、传染性疾病等 |
| | 计数确认 | 手术器械、针头、棉签、纱布计数 |
| | 记录签字 | 手术医师、麻醉医师、手术护士共同签字确认 |
| 手术中核查 | 超声乳化参数 | 切口大小、超声乳化能量及使用时间 |
| | 人工晶状体植入 | 确认植入位置（囊袋内/睫状沟），避免倒置 |
| | 眼内压监测 | 及时调节，防止眼压相关并发症 |
| | 失血/渗出监测 | 记录任何异常出血或玻璃体脱出 |
| | 关键并发症预警 | 玻璃体脱出、虹膜损伤、角膜内皮损伤等 |
| | 实时记录 | 手术时间、使用的仪器型号、药物剂量 |
| 手术后核查 | 器械计数再次确认 | 确认所有器械、棉签、针头已清点完毕 |
| | 患者转运 | 记录转运时间、监护情况、陪护人员 |
| | 术后药物处方 | 抗生素滴眼液、眼膏、局部抗炎滴眼液等 |
| | 术后护理要点 | 眼部用药、眼压监测、眼包包眼、复查节点 |
| | 随访计划 | 术后1天、1周、1月复查视力、眼压、前房反应、人工晶状体位置等 |
| | 病历归档 | 手术记录、核查表、同意书、计数表签字归档 |