

# **PEDİYATRİK HASTALARDA**

## **DERLENME TAKİP REHBERİ**

Bu kılavuz, pediatrik hastaların servisteki odalarına transfer edilecek kadar fizyolojik olarak güvenlikte olacakları erken postoperatif dönemde pediatrik hastanın bakım detaylarını içerir.

‘Derlenme odası’, operasyon odası ile servis odası arasındaki geçiş dönemini güvenli bir şekilde yumuşatılmasını sağlar. Derlenme hemşiresinin ana görevi, hastanın, operasyon ve anestezi etkilerinden derlenirken bakımlarının güvenli olmasını sağlamaktır.

Anestezi den derlenme dönemi, cerrahi hastanın en tehlikeli dönemlerinden biri olarak belirtilir. Bu yüzden, hasta hiçbir zaman yalnız bırakılmamalıdır. Bu dönemde, en yaygın komplikasyonlardan biri, hastanın, henüz koruyucu reflekslerinin derlenmemiş olması nedeniyle, kusması ve kustuğunun aspirasyonudur.

### **Genel Anestezi;**

Derlenme görevlisi, inhalasyon anestezikleri ile induksiyonun basamaklarının farkında olmalıdır, çocuk, geriye doğru bu basamaklardan geçecektir. ‘Uyarılma’ basamağı, derlenmede ayrı bir öneme sahiptir, havayolu komplikasyonları, laringospazm olası bir sorundur.

Kas gevşeticilerin kullanıldığı hastalarda, derlenme görevlisi, kas gevşekliği etkisinin sona erdiğinden emin olacak şekilde hastayı izlemelidir. Kas gevşekliği tamamen sona ermediğinde solunum sorunları ve apne, solunum yolu obstruksiyonu ile karşılaşılabilir.

Derlenme görevlisi, hastanın yeterli postoperatif analjezi aldığından emin

olmalıdır. Verilen analjeziklerin etkilerini bilmeli, yan etkilere hazırlıklı olmalıdır.

### **Derlenme odasına Hasta Kabul öncesi;**

Acil çantası, yeniden entübasyon tepsi, üzerlerindeki içerik listesine göre kontrol edilmiş, tüm ekipmanın yerinde olduğu gözden geçirilmelidir.

Resusitasyon arabası günlük kontrolü yapılmış olmalıdır.

Defibrilatör, çalışmaya hazır olmalıdır.

Aspiratörler, tem,z, kullanıma hazır, uygun aspirasyon sondaları hazır olmalıdır.

Oksijen kaynakları, kontrol edilmiş, kalibre edilmiş,yüksek ve düşük akımlarda kullanıma hazır olmalıdır.

Acil uyarı sistemleri çalışır olmalıdır.

Acil solunum devreleri (Mapleson F ve C) kontrol edilmiş ve çalışır olmalıdır.

Kesici alet ve ine uçlarının atılması için kutular hazır olmalıdır.

Temiz eldiven, giysi, ve ısıtıcı battaniyelre hazır olmalıdır.

Glukometreler, kan gazı cihazı gibi yardımcı aletlerin kontrolleri yapılmış olmalıdır.

İnfeksiyöz özellikleri olan çocuklar belirlenmeli, gerekirse, bu çocuk ile ayrı bir hemşire ilgilenmelidir.

Her hasta gelmeden önce kontrol edilmesi gerekenler:

Temiz bir aspirator, çalışır olmalı

Oksijen maskesi, hastaya uygun ve kullanıma hazır olmalıdır.

Saturasyon monitorü açık, probu hazır olmalıdır.

EKG, kan basıncı (otomatik ve manuel), ,nvasifmonitorizasyon temin edilebilir olmalıdır.

Acil solunum devreleri, ambu, uygun maskeler, 'airway'ler hazır olmalıdır.

### **Çocuğun Derlenmeye kabulü;**

Hastanın öyküsü, operasyon hakkında ayrıntılı bilgi, derlenme hemşiresine, operasyon

ekibi, 'scrub' hemşire ve anestezi uzmanı tarafından verilmelidir.

- Hasta adı, soyadıpatient name
- Yaşı
- Bilinen alerjileri
- Önemli tıbbi/ davranış sorunları
- Cerrahi endikasyon
- Yapılan cerrahi işlem ve uygulayan cerrah
- Vital bulgular detaylı bilgisi; kan basıncı, kalp atım hızı, solunum hızı
- Cerrahi öncesi ve sırasında beklenmeyen olaylar
- Verilen analjezi ve öngörülen analjezik gereksinimi
- Kan/sıvı kaybı, replasmanı
- Verilen kan ve kan ürünleri , elde kalan miktarları
- Verilen intravenöz sıvılar ve öngörülen gereksinim
- Verilen antibiyotik ve bir sonraki dozu
- Operasyon sırasında idrar çıkışı, önümüzdeki ilk birkaç saatte beklenen idrar çıkışı
- Hastanın aksiyete düzeyi, preoperative psikolojik sorunları
- Gerekli olan ileri tetkikler
- Gerekli oksijen miktarı ve verilem yolu
- Derlenmede gerekli olan monitorizasyon ve serviste gerekli olan takip metodu
- İlgili anestezi uzmanının iletişim bilgisi
- Olası dil sınırlaması
- Boğaz tampon kullanılıp kullanılmadığı, çıkarılıp çıkarılmadığı
- Tüm intravenöz yolların 'flush'landığı bilgisi ve anestezi kağıdında dokumente edilmiş olması

Hemşire teslimi;

- Drenlerin yeri ve bakımı
- Pansumanlar hakkında önlemler
- Özel hemşirelik gereksinimleri; pozisyon, pansuman, vb
- Bası yaraları gibi özel sorunlar
- Hasta dosyası ve filmlerinin doğru teslimi
- Varsa Kişisel eşyalarının, işitme cihazı, gözlük, emzik, oyuncak, çorap, vb teslimi
- Operasyon öncesi cilt değerlendirmesi

Özel cerrahi bakım gerektiren işlemlerde Cerrahiteslim de yapılmalıdır.

### **İlk Değerlendirme**

Derlenmeye geldiğinde, çocuğun baştan ayağa genel bir fizyolojik değerlendirmesi yapılmalıdır.

### **Havayolu Değerlendirmesi**

Havayolu Değerlendirilir;

- Kendi ventilasyonunu sağlayabiliyor mu? Asiste ventilasyon mu gerekiyor? Kendi havayolu açıklığını sağlayabiliyor mu? Havayolu desteği gerekiyor mu?
- Kısmi /tam havayolu obstruksiyonu belirtileri izlenir; suprakostal, intercostal, subcostal retraksiyonlar, inspiratuar stridor, burun kanadı solunumu, trakeal çekilme, azalmış/ olmayan hava girişi

Çocuğun açık bir havayolu olduğundan emin olunur. Solunum izlenir, havanın serbest bir şekilde, göğüse girip çıktığından emin olunur.

Havayolu açıklığını kendi sağlayabildiğinden emin olunur. Anestezik ajanların ve kas gevşeticilerinin etkileri ile larinks ve farinks kasları, diafragma tam olarak gücünü sağlayamayabilir.

Ekstubasyonu takiben laryngeal irritasyon artabileceğinden veya laryngeal /faringeal cerrahi işlemler söz konusu olduğunda, havayolu manipulasyonu, kullanılan anesteziik tipi, reaktif havayolu hastalığı öyküsü veya hiperaktif havayolu refleksleri varlığı riski artırır.

Havayolu açıklığı sağlanamıyorsa, uygun boyutlarda bir 'havayolu' konularak havayolu açıklığı sağlanmalıdır.

Havayolu obstruksiyonun sık nedenleri;

- Dil
- Laringospazm
- Kusmuk, asitli gastrik içeriği, mukus, kan, sekresyonlar, çıkan mobil dişler ile havayolunda yabancı cisim varlığı

Havayolu açıklığının sağlanması için gerekli tekniklerin kararlaştırılması, çocuğun bilinci tam açılana dek havayolu gereçlerinin yerleştirilmesi

Manuel Teknikler:

- Çenenin yukarı eğilmesi 'chin tilt': Yenidoğanlar için nötral pozisyon, küçük çocuklar için 'sabah havasını koklama' pozisyonu
- Ergenler ve erişkinler için çene asılması 'jaw thrust'

Havayolu yardımcı araçları;

- Nazofaringeal havayolu
- Oral faringeal havayolu
- Laringeal mask
- Endotrakeal tüp
- Trakeostomi tüpü

Havayolunda sekresyon/ kusmuk/ kan varsa, kibarca aspire edilmeli, havayolu temizlenmelidir.

Temiz bir yüz maskesi ile Oksijen 6 lt/dk (%40) verilmelidir. Eğer laryngeal maske kullanılıyorsa, 'Recovery T-kit' aracılığı ile 10l/dk (%40) verilmelidir.

Pulse oksimetre monitorizasyonu yapılmalıdır.

Anestezi komplikasyonları açısından çocuk izlenmelidir; laringospazm, vb. Sesli veya sığ solunum, burun kanadı solunumu, retraksiyonlar, stridor, dispne, siyanoz .

Laringospazm olduğunda;

- Anestezi ekibine hemen haber verilmelidir.
- Pozitif basınçlı ventilasyon uygulanmalıdır ve çocuğa güven verilmelidir.
- Propofol 0.5- 1 mg/kg hemen kullanılmak üzere hazır edilmeli, acil entübasyona hazırlanılmalıdır.

Semptomlar devam eder veya ciddi hipoksemi görülürse, suksinilkolin gibi bir kas gevşetici (1-2 mg/kg) hazırlanır.

### **Solunum Değerlendirilmesi**

Değerlendirme;

- Solunum seslerinin dinlenmesi
- Tidal hacimin yeterliliği ve göğüs genişlenmesi izlenerek solunum işi değerlendirilir

Solunumun hızı, derinliği, ritmi, çocuğun yaşına ve klinik durumuna göre belirlenir. Çocuğun normal değerleri göz önünde bulundurulur.

Periferik ve santral siyanoz belirtileri izlenir.

- Periferik siyanoz: mavi/mor eller, ayaklar, tırnak yatakları
- Santral siyanoz: Mavi/mor dudaklar, dil, mukoz membranlar

Anemik bir çocuk, ciddi hipoksemi varlığına karşın siyanotik görünmez.

Oksijen saturasyon değerlerini kaydedin ve saturasyonu %94'ün üzerinde tutacak

şekilde oksijen tedavisi verin (40% - 100%) Oksijen tedavisinin süresi derlenmedeki oksijen saturasyon ölçümlerine göre belirlenir.

Gerekirse, ventilasyon desteği sağlanır:

continuous positive airway pressure (CPAP)

- Sürekli pozitif basınçlı ventilasyon (CPAP)
- Aralıklı pozitif basınçlı ventilasyon (IPPV)
- Bifazik pozitif basınçlı ventilasyon (BIPAP)

### **Dolaşım Değerlendirilmesi**

Hastanın klinik durumunu izleyip kaydedin.

- Renk (Santral/Periferik)
- Sıcaklık ('Core'/ periferik)
- Çok küçük çocuklar, düşük kardiyak debi nedeniyle, vücut sıcaklığı düşüşü gösterebilirler.
- Büyük bebek/çocuklar artan 'core' sıcaklığına karşın düşük cilt sıcaklığı gösterebilirler, çünkü, metabolizma tarafından üretilen ısı, ciltten kaybedilemez (cilt kan akımı azalmıştır)
- Kapiller dolum zamanı
- Periferik nabızlar (hacim/kuvvet) ; karotis, aksiller, radial, femoral, dorsalis pedis, posterior tibial nabızlar sağlıklı çocuklarda kolaylıkla palpe edilirler.

Çocukların normal sınırları göz önünde bulundurulmalıdır.

Kan/sıvı kayıpları, çocuk derlenmeye geldiğinde izlenmeli ve kaydedilmelidir. Bundan sonra da yarım saatlik aralarla yara yerleri ve drenler, pansumanlar izlenmelidir.

Kraniofasyal cerrahi geçirecek ve ciddi kayıpları olabilecek çocuklarda, rutin olarak Beklenen Kan hacmi (Estimated Blood Volume) tüm hastalar için kaydedilmelidir.

- Orta derecede kan kaybı  $\leq 10$  ml/kg/saat
- Ciddi kan kaybı  $> 10$  ml/kg/saat

Anestezist tarafından belirtilmişse, hemen sıvı replasmanı (kan ürünleri/ kolloid/ kristalloid) verilir.

Kraniofasyal cerrahiler için protokole göre veya anestezistin belirtmesine göre rutin olarak dren kayıplarını yerine koyun.

Varolan intravenöz yolları koruyun ve bandajla güzelce tespit edin.

Arteriyel kateterlere uygun bir tespit ile kanülün görülmesini sağlayacak şekilde güvenliğini alın. Radial arter hattı, bilek ekstansiyonda kalacak şekilde tespit edilir. Arteriyel hatları doğru olarak etiketleyin.

### **Vital Bulguların Monitorizasyonu**

**Kalp hızı, solunum hızı/ çabası ve endikasyonu olduğunda kan basıncı (invazif ve noninvazif) kaydedilir.**

Rutin olarak kan basıncı izlemi gerektireb hastalar;

- renal öykü
- kardiyak öykü
- major cerrahi vakalar
- bilinç düzeyi bozukluğu
- hipo/ hipertansiyon öyküsü
- komplike analjezik teknikleri; klonidin uygulanmış kaudal blok gibi

Kaudal/ epidural uygulanmış ve  $> 10$  yaş çocuklarda kan basıncı ölçümü idealdir.

Hastanın durumunu takip etmek amacıyla, 10 dk aralarla hastanın normal sınırları ve klinik durumu da göz önünde bulundurularak vital bulgular izlenmelidir.

Solunumsal veya kardiyovasküler instabilite riski olan çocuklar EKG ile izlenmelidir. Örneğin;



- bilinen/ şüphelenilen kalp hastalığı
- solunum yetersizliği veya şok kaynaklı hipoksemi ve asidoz
- yenidoğanlar
- kalbi etkileyen ilaç tedavisi
- anestezi esnasında gözlenen aritmi
- elektrolit dengesizliği
- akciğer hastalığı öyküsü / operasyon sırasında havayolu komplikasyonu / düşük oksijen saturasyonu
- anormal perfuzyon
- kardiyak cerrahi
- kas gevşetici ajanların doğru 'reverse' edilmemesi
- hipotermik çocuklar

İntraoperatif sıvı alımı ve çıkışı ile sıvı dengesi değerlendirildikten sonra hastanın diürez yeterliliği, postoperatif period sıfır olarak başlatılır.

Hidrasyon yeterli ise hastanın normal sınırları göz önünde bulundurulur.

Sıvı tedavisi anestezi uzmanı önerisi ile belirlenir. Sıvı resusitasyonu 20 ml/kg %0.9 SF, Hartmann solusyonu, kolloid veya kan olarak bolus i.v. olarak lokal stratejiye göre belirlenir.

Renal transplantasyon vakalarında veya anestezi uzmanı gerekli gördüğünde santral venöz basınç rutin olarak monitorize edilir. Normal CVP 2-5 mm/Hg.

### **Termoregulasyon**

Derlenmeye Kabul edildiğinde vücut sıcaklığı ölçülmeli, kaydedilmeli, ölçüldüğü yer belirtilmelidir.

Hipotermik ('core' vücut sıcaklığı < 36°C) hastaların ısıtılması baş ve vücut ısıtıcı battaniyeleri ile yapılmalı, aktif ısıtıcı aletler; başüstü radian ısıtıcı, hava üfleyen

ısıtıcılar, vb kullanılabilir.

Hastanın sıcaklığı normal değerlere ulaşana dek oksijen tedavisine devam edilir.

Hipertermik (vücut sıcaklığı  $> 38^{\circ}\text{C}$ ) hastayı soğutma önlemleri de hazır olmalıdır.

- örtü, giysi, battaniyeler azaltılır.
- Cildin hava ile teması sağlanır
- hava dolaşımı artırılır

Parasetamol gibi bir antipiretik uygulaması düşünülür.

Sıcaklıkta hızlı yükselmenin ( $2^{\circ}\text{C}/\text{saat}$ ) olduğu, kas rijiditesi, taşikardi, stabil olamayan artan kan basıncı, kahverengi /kanlı idrar, kızarmış ile lekeli cilt görüntüsünü, hipoksi ve/veya taşipne ile birlikte seyreden hastalarda malign hipertermi riski göz önünde bulundurulur.

Malign hipertermiden şüpheleniliyorsa, anestezi uzmanı hemen bilgilendirilir ve Malign Hipertermi kılavuzuna göre tedavi yapılır.

### **Nörolojik Değerlendirme**

Hastanın uyanıklığı ve çevreye yanıtı değerlendirilir.

Nörolojik/nöroşirürjik işlem geçirmiş hastalar hızlı bir nörolojik değerlendirmeden geçirilir.

Göz açılması, sözlü yanıt, motor fonksiyon, refleksler, pupil boyutu, ışığa yanıt değerlendirilir.

Artan intracranial basınç bulguları olduğunda anestezi uzmanı ve cerrah bilgilendirilir.

### **Çocuklarda İntrakranial Basınç Artışı bulguları**

1. Bilinç Düzeyinde Değişiklikler:

- huzursuzluk, sonrasında letarji
- konfuzyon, dezorientasyon
- azalmış yanıt (azalmış göz teması ebeveynlere, ağrıya yanıt azalması,

- emirlere uymada azalma (iki parmağı kaldırma, ayak başparmaklarını oynatma dil çıkarma)

2 Işığa yanıt azalması ile birlikte Pupil dilatasyonu

3. Azalmış spontan hareketler veya refleks duruş, hareketlerde bozukluk

- amaca yönelik hareketlerde bozulma

- dekortike pozisyon ve sonra deserebre pozisyon , sonra ağrıya gevşek yanıt

4. Cushing triadı (hipertansiyon, bradikardi, apne) geç bir belirtidir.

Intrakranial basıncı ölçülmekte olan hastalarda intrakranial basınç rutin olarak ölçülür.

Normal parametreler dışında intracranial basınçta değişiklikler olduğunda anesteziist ve cerrah bilgilendirilir.

Hasta pozisyonu, oral alım zamanı, cerrah, drenlerin izlemi ve pozisyonu, ventriküler drenajın başlatılması g,b, konularda cerrahi ekibi ile temas kurulur.

Gerekli görülürse ventriküler drenaj sistemi kurulur.

### **Bulantı ve Kusma**

Hastanın bulantı ve /veya kusma düzeyi değerlendirilir.

Bilinci kapalı/ yarı açık hastanın kusması halinde, yan taraflarına döndürülür, yastıklar çekilir, oral farinks kibarca aspire edilir, yatak Trendelenburg (başşağı) pozisyona getirilir.

Bulantı / kusma olursa;

- Kusmanın nedenlerini araştırın, katkıda buluna faktörleri gözden geçirin; ağrı, hipotansiyon, hipoksi, hipovolemi, anksiyete, erken mobilizasyon ve yutulmuş kan gibi.

- Önerildiği şekilde Antiemetik uygulanır ve etkisi izlenir.

Bulantı kusm devamederse, anestezi ile görüşülür, alternatif veya ek antiemetik

uygulanır.

### **Ağrı Kontrolü**

Ağrı değerlendirme skalasına göre ağrısı belirlenir, belgelenir.

Ağrı olduğunda:

- İntraoperatif analjezi detayları ve verilen diğer ilaçlar gözden geçirilir.
- Önerildiği biçimde analjezikler uygulanır ve etkinliği izlenir.
- Hastada PCA/NCA varsa, hasta/hemşire/anestezistin bolus vermesi ve etkinliğinin 5 dk. sonra değerlendirilmesi izlenir.
- Hastanın epidurali varsa, anestezi/ağrı kontrol servisi bilgilendirilir, uygunsa bolus yapılır veya epidural infüzyon hızı artırılır.
- PCA/NCA/epidural'e ek olarak varsa Parasetamol, diklofenak veya ibuprofen gibi beraberindeki analjezikler uygulanır.
- Uygunsa, önerilen ko-analjezikler ; antispazmodik, antikonvulzan ilaçlar verilir.
- Ebeveynlerden yardım alınır ve ağrı, özellikle anksiyete kaynaklı ise 'uzaklaştırma' teknikleri uygulanır.
- Hasta pozisyonu, alçının sıkı olması gibi ek nedenler göz önünde bulundurulur.

### **Ciddi ağrı olduğunda veya yukarıdakiler yetersiz olduğunda;**

Hastanın PCA/NCA'sı varsa:

- Yükleme dozu 1ml yapılır veya anestezi ile görüşülerek ek opioid bolusu planlanır.
- Anestezi ile sonraki dört 1ml'lik dozun 5 dk. aralarla verilmesi konusunda konuşulur. (Yükleme dozunun içecek şekilde maksimum 5 ml opioid solüsyonu verilebilir. )
- Anestezi ile görüşülerek ağrı kontrol tabelasına göre infüzyon pompası yeniden programlanabilir.

Hastanın PCA/NCA'sı yoksa:

- Derlenme Reçete Tbelasına bakılır, beş 1 ml morfin dozu içeren solusyon 5dk aralarla verilebilir. (1ml=20mcg/kg morfin, <50kg çocuklarda, 1mg/ml morfin, >50kg çocuklarda).
- Devam eden ağrı durumunda, anesteziist ile görüşülerek PCA/NCA infuzyonu başlatılması planlanabilir.
- Opioid verildikten sonra çocuğun 20 dk derlenmede kalmasını sağlayın.

Hastanı PCA/NCA/epidural'I varsa, aşağıdakileri kontrol edin:

- Verilen ilaç reçetelenen ile aynı olmalı
- Ağrı kontrol tabelası soğru doldurulmuş olmalı.
- PCA/NCA/epidural reçeteleme tabelaası doğru doldurulmuş olmalı.
- Yan etkileri önleyen ilaçlar önerilmiş olmalı.
- Pompa programı kontrol edilmiş olmalı.
- Hastanın ağrısı giderilmiş olmalı.
- Hasta çok fazla sedatize olmamalı.
- Epidural kateter giriş sahası kızarıklık/ sızma/yerinden çıkma açısından, pansuman ıslanması açısından kontrol edilmeli.
- Sızma oluşursa Epidural Analjezi Klinik Kılavuzuna göre bakım uygulanmalı

### **Elektrolit, sıvı dengesi ve gastrointestinal durum**

Çocuğun hidrasyon durumu mucus membranların nemi, yeterli idrar çıkışı (1ml/kg/saat)ve iyi sistemik perfüzyon belirtileri ile değerlendirilir

Aşağıdaki çocuklarda idame sıvısı verilmesi planlanabilir:

- Majör cerrahi geçirmiş ise
- Postoperatif oral alım olamayacaksa
- uzun süre aç kalmışsa

- postoperatif bulantı/kusması varsa
- postoperative sedasyon nedeniyle oral alım bozulmuşsa
- elektrolit dengesi düzenlenmesi gerekiyorsa
- urolojik cerrahi nedeniyle böbreklerin irrigasyonu gerekiyorsa

Tüm intraveöz sıvıları hacim kontrollü infüzyon pompaları ile verin.

Çocuğun sıvı dengesini saatlik takip ve kayıt edin.

Alım:

- intravenöz infuzyonlar
- oral alım

Çıkış:

- İdrar çıkışı
- Drenlerden kayıp
- nazogastrik drenaj
- plevral drenaj
- kusma
- diare

Abdominal cerrahi geçirenlerde, anesteziist gerekli görürse  $N/SF + 10\text{mmols KCl}$  (500 ml) nazogastrik aspirasyonu ml/ml karşılayacak şekilde verilir.

Sıvı çıkışı, alımı geçerse, hemen anestezi ile temasa geçin.

Diabetik çocuklarda Kan şekerini rutin olarak ölçün. (normal kan glukozu: 3.85-6.05 mmols)

Sıvı tedavisi verin ve insulin 'sliding' skalasını titre edin, endokrin ile görüşün.

Çocuk veya yenidoğanda, Kas titremesi, bilinç bulanıklığı, konvülsiyon veya solunuma isteksizlik gibi hipoglisemi bulguları olduğunda kan glukozu ölçün.

Sonuçları anesteziye raporlayın.

## **Psikolojik Bakım**

Havayolu stabil olduğunda, yapılabiliyorsa, ebeveynlerini bekleme odasına alın.

Anestezi den derlenir derlenmez çocuklarının yanına gelebilecekleri güvencesi verin.

Özellikle 'uyanma deliryumu' gibi bir durum varsa, post anestezi davranış bozuklukları konusunda bilgi ve güven verin.

Rahatlatıcılar, oyuncaklar kullanın.

Uygunsa çok susayan çocuklara su verin.

## **Taburcu Kriterleri**

Aşağıdakiler karşılandığında derlenmeden çıkartın.

- Spontan, düzenli solunumu olduğunda, havayolu açıklığı için yardım/alet gerekli olmadığında
- SpO2 normal hasta limitlerinde kaldığında, gerekirse serviste oksijen verilmesi önerilir.
- Kalp hızı ve kan basıncı stabil ve preoperatif limitler içinde. ,
- Santal vücut sıcaklığı normal limitler içinde ve periferik olarak sıcak olduklarında.
- Hasta uyanık veya kolaylıkla uyandırılabilir olduğunda.
- CEWS (Children's Early Warning Score- Çocuk erken uyarı skoru) <veya = 2
- Ağrısı kontrol altında, rahat
- Bulantı/kusması yok veya kontrol edilmiş
- Yara yeri kuru/ minimal sızıntı var
- Kateterler/drenler çalışıyor ve beklenenin üzerinde drenaj yok
- Post operatif hidrasyon gerekli ise önerisi yazılmış
- Uygunsa, hastanın nörovasküler bozukluğu olmamalı
- Elektronik olarak önerilerek yazılmış olmalı
- Kan ürünleri verilmiş veya gerekli ise önerilmiş olmalı

- Dokumentasyon tamamlanmalı operasyon kaydı ve postoperative öneriler yazılmış olmalı.

Hastanmutlaka servise transfer edilmeden önce anestezi ile görüşülmeli onayı alınmalı, gerekli uyarılar servis hemşiresine bildirilmeli.

### **Devir**

Derlenme hemşiresi, servis hemşiresine, ayrıntılı bir teslim yapar, postoperatif dönemle ilgili spesifik önerileri servis hemşiresine belirtir.

Operasyon kaydı, çocuğun anestezi altındaki durumu, oluşan sorunlar, analjezikler, ilaçlar, antiemetikler ve CEW skoru konusunda servis hemşiresine ayrıntılı teslim yapılır. Bunlar postop bakım planına dokümente edilir.

Hem derlenme hemşiresi hemde teslim alan servis hemşiresi tarafından Taburculuk kontrol listesi işaretlenir ve imzalanır.