

SurgWeek-2 Ekleri

Ek A: Çalışmaya dahil edilmeyen işlemlerin listesi

SurgWeek-2 çalışması, küçük müdahaleler hariç olmak üzere ameliyathanede gerçekleştirilen tüm ameliyatlara (elektif veya acil) kapsayacaktır. Tüm cerrahi uzmanlık alanları çalışmaya dahil edilmiştir. Hem gününbirlik ameliyatlara hem de yatarak yapılan ameliyatlara çalışmaya dahil edilmiştir. Hem çocuklar hem de yetişkinler çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil edilmeyen küçük müdahaleler aşağıda listelenmiştir.

Uzmanlık Alanı	Çalışmaya dahil edilmeyen işlemler
Karın cerrahisi	Asit drenajı (periton boşluğunun drenajı)
	Endoskopik ultrason
	Laparoskopik ultrason
Meme cerrahisi	Meme biyopsisi
Kalp cerrahisi	Kalp pili takılması
	PCI: perkütan koroner girişim
	Koroner arterin transluminal balon anjiyoplastisi
Kolonorektal cerrahi	Kolonoskopi (tanısal veya tedavi amaçlı)
	Esnek sigmoidoskopi (tanısal veya tedavi amaçlı)
	Proktoskopi (tanısal veya tedavi amaçlı)
Diş tedavileri	Diş implantasyonu
	Diş protezi takılması
	Ortodontik işlemler
	Diş restorasyonu
	Diş çekimi
Jinekoloji	Servikal biyopsi
	Kolposkopi (tanısal veya tedavi amaçlı)
Doğum	Her türlü vajinal doğum (normal doğum, makat doğum, forsepsli doğum, vakumlu doğum)
	Doğum yırtıklarının onarımı

Oftalmoloji	Korneadan yabancı cisim çıkarılması
Ortopedi	Kemik biyopsisi
	Eklem içine enjeksiyon
	Kas biyopsisi
Kulak Burun Boğaz	Nazendoskopi (tanı veya tedavi amaçlı)
	Burun boşluğuna tampon yerleştirilmesi
Göğüs cerrahisi	Bronkoskopi (tanı amaçlı veya tedavi amaçlı)
	Göğüs dreni
Üst gastrointestinal cerrahi	ERCP: endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi (tanısal veya tedavi amaçlı)
	Karaciğer biyopsisi
	OGD: Özofago-gastro-duodenoskopi (tanısal veya tedavi amaçlı)
Üroloji*	Mesane biyopsisi
	Ekstrakorporeal şok dalga litotripsi (ESWL)
	Esnek sistoskopi (tanısal veya tedavi amaçlı)
	Perkütan nefrostomi
	Perkütan nefrolitotomi (PCNL)
Vasküler cerrahi	Arterlerde transluminal (endovasküler) işlemler (tanısal veya tedavi amaçlı), arterin açık olarak kesilmesini içerenler dahil
	Venler üzerinde transluminal (endovasküler) işlemler (tanısal veya tedavi amaçlı)
Diğer	Santral venöz kateter/hattı (CVC) yerleştirilmesi
	Lomber (spinal) ponksiyon
	Perkütan trakeostomi
	Deri biyopsisi (deri kazıma biyopsisi dahil)
	Terapötik epidural enjeksiyon

*Not: Transüretral prostat rezeksiyonu (TURP), transüretral mesane tümörü rezeksiyonu (TURBT), genel anestezi altında yapılan rijit sistoskopi ve üreter stentinin yerleştirilmesi de dahil edilmelidir.

Ek B: Vaka Rapor Formları (CRF)

CRF'de gri renkli bölümler, önceki veri girişi tarafından tetiklendiğinde dallanma mantığı yoluyla kullanılabilir hale gelir.

Demografik ve ameliyat öncesi veriler		
1.1	Ameliyatın gerçekleştirildiği dönem	1, Dönem 1 (00:00 31 Ağustos 2026 – 23:59 6 Eylül 2026) 2, Dönem 2 (00:00 7 Eylül 2026 – 23:59 13 Eylül 2026) 3, Dönem 3 (00:00 14 Eylül 2026 – 23:59 20 Eylül 2026) 4, Dönem 4 (00:00 21 Eylül 2026 – 23:59 27 Eylül 2026) 5, Dönem 5 (00:00 28 Eylül 2026 – 23:59 4 Ekim 2026) 6, Dönem 6 (00:00 5 Ekim 2026 – 23:59 11 Ekim 2026)
2.1	Cinsiyet	1, Kadın 2, Erkek
2.2	Kadın ve 10-59 yaş arasındaysa: hamilelik durumu	1, Hayır 2, Evet – ilk üç aylık dönem (<13 hafta) 3, Evet – ikinci üç aylık dönem (13-28 hafta) 3, Evet – üçüncü üç aylık dönem (>28 hafta)
3.1	Yaş	1, <52 hafta 2, 1-4 yaş 3, 5-9 yaş 4, 10-17 yaş 5, 18-29 yaş 6, 30-39 yıl 7, 40-49 yıl 8, 50-59 yıl 9, 60-69 yıl 10, 70-79 yıl 11, 80-89 yıl 12, 90 yıl veya üzeri
4.1	ASA	1, Derece I 2, Derece II 3, Derece III 4, Derece IV 5, Derece V 6, Derece VI
5.1	BMI (Hesaplayıcıya bağlantı: https://extras.bhf.org.uk/patientinfo/bmi-v1.01/app/index.html)	<Tamsayı değeri>
6.1	Eşlik eden hastalıklar (Uygun olan tüm seçenekleri işaretleyin)	1, İskemik kalp hastalığı 2, Konjestif kalp yetmezliği 3, Serebrovasküler hastalık 4, Diabetes mellitus – insüline bağımlı 5, Diabetes mellitus – insüline bağımlı olmayan 6, Kronik böbrek hastalığı (başlangıç kreatinin >176,8 µmol/L veya >2 mg/dL) 7, İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV) 8, Hipertansiyon 9, Yukarıdakilerin yukarıdakilerden hiçbirisi
6.2	HIV varsa: HIV durumu	1, Tedavi edilmemiş HIV 2, CD4 hücre sayısı <200 hücre/mm ³ olan HIV 3, CD4 hücre sayısı 200-500 hücre/mm ³ olan HIV CD4 hücre sayısı >500 hücre/mm ³ olan HIV CD4 hücre sayısı bilinmeyen HIV
7.1	Klinik kırılabilirlik skoru (https://www.bgs.org.uk/sites/default/files/content/attachment/2018-07-05/rockwood_cfs.pdf)	1, 1 – Çok zinde 2, 2 – İyi 3, 3 – İyi idare ediyor 4, 4 – Kırılabilir 5, 5 – Hafif zayıf 6, 6 – Orta derecede zayıf 7, 7 – Ciddi derecede zayıf – kişisel bakımda tamamen başkalarına bağımlı 8, 8 – Çok ciddi derecede zayıf 9, 9 – Ölümcül hasta
8.1	Sigara içme durumu (Lütfen uygun olan tüm seçenekleri işaretleyin)	1, Hayır – hiç sigara içmemişim 2, Hayır – eski sigara içicisi, ≥ 6 hafta önce bırakmış 3, Hayır – son 6 hafta içinde bırakmış 4, Evet – şu anda sigara içiyorum 5, Hayır – daha önce elektronik sigara kullanmış, ≥ 6 hafta önce bırakmış 6, Hayır – daha önce elektronik sigara kullanmış, son 6 hafta içinde bırakmış 7, Evet – şu anda elektronik sigara kullanıyorum
9.1	Hastaneye yatış türü	1, Elektif (planlı) yatışta yapılan ameliyat 2, Acil (planlanmamış) yatışta yapılan ameliyat
10.1	Ameliyat endikasyonu	1, İyi huylu 2, Kötü huylu / kötü huylu öncüsü 3, Travma 4, Kadın doğum
10.2	Malign ise: Bu ameliyatın amacı	1, Küratif 2, Palyatif
10.3	Malign ise: Malignitenin yaygınlığı	0, Premalign 1, Yalnızca primer 2, Lenf düğümü metastazları 3, Uzak metastazlar 4, Evre belirlenmemiş
10.4	Travma olması durumunda: Yaralanma mekanizması (Uygun olan tüm seçenekleri işaretleyin)	1, 2 metreden az yükseklikten düşme 2, 2 metreden fazla yükseklikten düşme 3, Trafik kazası – araç içi yolcu 4, Trafik kazası – yaya 5, Trafik kazası – bisikletli 6, Ateşli silah yaralanması 7, Bıçaklanma 8, Diğer delici yaralanma (ateşli silah/bıçaklanma hariç) 9, Saldırı – künt travma 10, Patlama / infilak 11, Ezilme yaralanması 12, Endüstriyel / Mesleki 13, Hayvan ısırığı 14, Sporla ilgili 15, Yanıklar veya termal yaralanma 16, Kendine zarar verme 17, Diğer (belirtiniz)
10.5	Travma varsa: Tüm yaralanmaları belirtin (Uygun olanların hepsini işaretleyin)	1, Tek akut kırık 2, Çoklu akut kırıklar 3, El yaralanması 4, Travmatik beyin hasarı 5, Kafatası kırığı 6, Yüz kırığı 7, Boyun yaralanması (vasküler/solunum yolu) 8, Kaburga kırıkları 9, Pnömotoraks/Hemotoraks 10, Akciğer kontüzyonu 11, Kalp yaralanması 12, Karın içi katı organ yaralanması 13, Karın içi boş organ yaralanması 14, Omurga kırığı 15, Omurluk yaralanması 16, Üst ekstremité çıkığı 17, Üst uzuv yumuşak doku yaralanması 18, Alt uzuv çıkığı 19, Alt uzuv yumuşak doku yaralanması 20, Damar yaralanması 21, Sinir yaralanması
11.1	Ana ameliyatın yapılacağı vücut bölgesi	1, Baş ve boyun 2, Göğüs kafesi 3, Karın 4, Pelvis 5, Üst ekstremité 6, Alt ekstremité 7, Omurga
12.1	Ameliyat endikasyonunu açıklayın: (Örneğin: perforasyonlu duodenum ülseri, semptomatik kasık fıtığı, femur boynu kırığı, osteoartrit nedeniyle kalça protezi, sepsisli tikanma yapan üreter taşı, mesane tümörü, doğum sırasında fetal distres, hastanın sezaryen tercih etmesi vb.)	<Serbest metin>
9.2	Acil yatış durumunda: Hastanın başvurusunda sepsis var mıydı?	0, Hayır 1, Evet
9.2a	Sepsis varsa: Şüpheli sepsis tanısından ilk antibiyotiklerin verilmesine kadar geçen süre	1, <30 dakika 2, 30-59 dakika 3, 60-119 dakika 4, 120 dakika - 24 saat 5, 24 saat içinde antibiyotik verilmedi
9.3	Acil yatış durumunda: Hastanın başvurusunda çok belirtileri var mıydı?	0, Hayır 1, Evet
9.4	Acil yatış durumunda: Semptomların başlaması/yaralanma ile hastaneye başvuru arasındaki süre	1, 12 saatten az 2, 12-23 saat 3, 24-47 saat 4, 48-71 saat 5, 72 saat veya daha fazla
9.5	Acil yatış durumunda: Hastaneye başvurudan cerrahi ekibin muayenesine kadar geçen süre	1, <1 saat 2, 1-2 saat 3, 3-6 saat 4, 7-12 saat 5, 13-24 saat 6, 24 saatten fazla 7, Bilinmiyor
9.6	Acil yatış durumunda: Cerrahi ekibin muayenesinden ameliyat kararına kadar geçen süre	1, <1 saat 2, 1-2 saat 3, 3-6 saat 4, 7-12 saat 5, 13-24 saat 6, 24 saatten fazla 7, Bilinmiyor
9.7	Acil yatış durumunda: Ameliyat kararı (ameliyathane randevusu) alınmasından hastanın ameliyathaneye ulaşmasına kadar geçen süre	1, <2 saat 2, 2 - 6 saat 3, 7-18 saat 4, >18 saat
9.8	Acil yatış durumunda: Ameliyatın rezerve edilmesinden ameliyata kadar planlanan zaman aralığı neydi?	1, <2 saat 2, 2 - 6 saat 3, 7-18 saat 4, >18 saat 5, Zaman aralığı belirlenmemiş 6, Bilinmiyor
9.9	Acil yatış durumunda: Bu hastaneye gelmeden hemen önce, hasta başka bir yerden tıbbi yardım aldı mı? (Lütfen uygun olan tüm seçenekleri işaretleyin)	0, Hayır 1, Evet – Geleneksel veya dini şifacı 2, Evet – Toplum sağlığı çalışanı 3, Evet – Aile hekimi/birinci basamak hekimi 4, Evet – Başka bir hastane (bu hastayı bu hastaneye sevk etti) 5, Evet – Diğer 6, Bilinmiyor
9.9a	Başka bir hastaneden sevk durumu: Hastaneye sevk nedeni neydi? (Lütfen uygun olan tüm seçenekleri işaretleyin)	1, Sevk eden hastanede bulunmayan bir cerrahi uzmanlığının görüşü alınması için 2, Sevk eden hastanede cerrah bulunmaması 3, Anestezi gereksinimi 4, Ameliyathane bulunmaması 5, HDU veya ITU gereksinimleri 6, Teşhis; örneğin CT tarayıcı bulunmaması 7, Girişimsel radyoloji hizmetinin bulunmaması 8, Kan ürünü bulunabilirliği 9, Ekipman sınırlamaları (robot/laparoskopi/zımbalama cihazları vb.) 10, Vakayı tedavi edebilmek için üçüncü basamak

		merkez gerektirmesi (yani hasta faktörleri) 11, Dış etkenler; örneğin elektrik kesintisi, sel, personel grevi 12, Mali kısıtlamalar 13, Diğer, lütfen belirtiniz
9.10	Elektif yatış ise: Hastanın ameliyat randevusu alınmasından ameliyatın yapılmasına kadar kaç gün geçti?	<Tamsayı değeri (gün)>

Ameliyat sırası		
13.1	Ameliyathanede WHO Güvenli Ameliyat Kontrol Listesi kullanıldı mı?	0, Hayır 1, Evet
14.1	Ameliyathanedeki en kıdemli cerrahın derecesi	1, Uzman hekim veya eşdeğeri 2, 3 yıl veya daha fazla deneyime sahip doktor/cerrah 3, 1-2 yıl deneyime sahip doktor/cerrah 4, Tıp doktoru olmayan kişi
15.1	Ana cerrahın derecesi (Kritik ameliyat adımlarının %50'sinden fazlasını gerçekleştiren olarak tanımlanır)	1, Uzman veya eşdeğeri 2, 3 yıl veya daha fazla deneyime sahip doktor/cerrah 3, 1-2 yıl deneyime sahip doktor/cerrah 4, Tıp dışı personel
16.1	Ameliyathanedeki en kıdemli anestezi uzmanının derecesi	1, Uzman veya eşdeğeri 2, 3 yıl veya daha fazla deneyime sahip doktor/cerrah 3, 1-2 yıl deneyime sahip doktor/cerrah 4, Tıp dışı personel
17.1	Anestezi türleri (Uygun olan tüm seçenekleri işaretleyin)	1, Genel (gazlı) 2, Genel (tamamen intravenöz) 3, Nöroaksiyal - epidural 4, Nöroaksiyal - spinal 5, Bölgesel sinir bloğu 6, Sedasyon 7, Lokal anestezi 8, Yok
18.1	Ameliyatın başlangıç saati	1, 08:00-17:59 2, 18:00-23:59 3, 00:00-07:59
19.1	Ana ameliyat	Açılır listeye bakınız
20.1	Planlanan ilk cerrahi yaklaşım	1, Açık 2, Standart minimal invaziv (örn. laparoskopik, torakoskopik veya robot destekli hariç eşdeğer video destekli teknik) 3, Robot destekli 4, Hibrit minimal invaziv / açık 5, Endoluminal 6, Doğal orifis translüminal
21.1	Nihai (tamamlama) cerrahi yaklaşım	1, Açık 2, Standart minimal invaziv (örn. laparoskopik/torakoskopik veya robot yardımcı hariç eşdeğer video yardımcı teknik) 3, Robot yardımcı 4, Hibrit minimal invaziv / açık 5, Endoluminal 6, Doğal orifis translüminal
22.1	Ameliyat sırası kontaminasyon derecesi	1, Temiz 2, Temiz-kontamine 3, Kontamine 4, Kirlili
23.1	Ana cerrahi yara nasıl kapatıldı?	1, Birincil kapatma 2, İkincil niyetle iyileşmeye bırakıldı
24.1	Ana cerrahi yara için hangi pansuman kullanıldı?	1, Antimikrobiyal (örn. inadin, gümüş) 2, Negatif basınçlı (örn. VAC, PICO) 3, Yapıştırıcı içeren (örn. Prineo) 4, Yalnızca basit pansuman 5, Pansuman yok
23.2	İkincil niyetle iyileştirilen yara ise: İkincil niyetle iyileştirilmeye bırakılan yaranın yeri	1, Ayak 2, Bacak 3, Karın 4, Diğer
25.1	Cilt hazırlığı (Uygun olan tüm seçenekleri işaretleyiniz)	1, Alkol bazlı klorheksidin 2, Sulu klorheksidin 3, Povidon-iyot (sulu) 4, Alkol bazlı povidon-iyot 5, Yalnızca alkol 6, Olanexidin 7, Ioban örtü veya eşdeğeri 8, Diğer, lütfen belirtin 9, Bilinmiyor
26.1	Ameliyat sırasında herhangi bir elektrik kesintisi oldu mu?	0, Hayır 1, Evet, toplam 1-14 dakika elektrik kesintisi 2, Evet, toplam 15-29 dakika elektrik kesintisi 3, Evet, toplam 30-59 dakika elektrik kesintisi 4, Evet, toplam > 1 saat elektrik kesintisi 5, Emin değilim
26.2	Elektrik kesintisi olduysa: Bu durum prosedürde herhangi bir değişikliğe neden oldu mu?	0, Hayır 1, Minimal invaziv yöntemden açık cerrahiye geçiş 2, İşlem hedefinden vazgeçildi 3, Alternatif bir işlem uygulandı 4, Diğer (lütfen belirtin)
26.3	Elektrik kesintisi yaşandıysa: Hasta üzerinde ne gibi bir etkisi oldu?	1, Etkisi yok 2, Hafif komplikasyon 3, Orta derecede komplikasyon 4, Hayati tehlike arz eden komplikasyonlar

Ameliyat sonrası veriler		
27.1	30 günlük takip nasıl gerçekleştirildi? (Uygun olan tüm seçenekleri işaretleyin)	1, Klinikte yüz yüze takip 2, Telefon/video görüşmesi 3, Hastane kayıtlarının incelenmesi
27.2	Yüz yüze veya telefon/video yoluyla takip yapılıyorsa: Hasta ameliyat sonrası kaçınıcı günde normal faaliyetlerine geri döndü? (Buna iş, bakım veya toplumsal roller dahil olabilir) (Hasta normal faaliyetlerine dönmemişse, lütfen 99'u giriniz)	<Tamsayı değeri (gün)>
28.1	30 günlük Clavien-Dindo derecesi	1, Derece I 2, Derece II 3, Derece IIIa 4, Derece IIIb 5, Derece IV a 6, Derece IV b Derece V 99, Komplikasyon yok
28.2	30 günlük komplikasyon varsa: Hasta hangi postoperatif komplikasyon(lar) yaşadı? (Lütfen uygun olan tüm seçenekleri işaretleyin)	1, Ameliyat bölgesi enfeksiyonu veya kırıkla ilişkili enfeksiyon 2, Derin organ boşluğu enfeksiyonu 3, Pnömoni 4, Beklenmedik ventilasyon 5, Akut solunum sıkıntısı sendromu (ARDS) 6, Pulmoner emboli 7, Derin ven trombozu 8, Miyokard enfarktüsü 9, Anastomoz sızıntısı 10, Diyalize yol açan akut böbrek hasarı 11, Yara açılması 99, Yukarıdakilerin hiçbirini
29.1	30 günlük yeniden ameliyat	0, Hayır 1, Evet, planlı yeniden ameliyat 2, Evet, plansız yeniden ameliyat Evet, hem planlı hem de plansız yeniden ameliyatlarda
30.1	Ameliyat sonrası yatış süresi (gün) (0. gün, ameliyat günüdür)	<Tamsayı değeri (gün)>
31.1	30 günlük hastaneye yeniden yatış	0, Hayır 1, Evet
31.2	Yeniden yatış durumunda: Yeniden yatış süresi (Yeniden yatışla aynı gün taburcu edildiyse 0 girin)	<Tamsayı değeri (gün)>
32.1	Hasta yoğun bakım ünitesine (yüksek bakım ünitesi veya yoğun bakım ünitesi) yatırıldı mı?	0, Hayır - gerekli değil 1, Hayır - yoğun bakım ünitesine alınması planlandı ancak yatak yoktu 2, Evet - ameliyathaneden planlandı 3, Evet - ameliyathaneden planlanmamış olarak 4, Evet - servisten planlanmamış olarak
32.2	Yoğun bakım ünitesine yatış durumunda: Yoğun bakım ünitesinde kalış süresi.	<Tamsayı değeri (gün)>
33.1	Hastanız için ameliyat sonrası hızlandırılmış iyileşme (ERAS) protokolü veya eşdeğeri uygulandı mı?	0, Hayır 1, Evet
10.6	Malignite varsa: Histoloji yapıldı mı?	1, Yapılmadı 2, Örnek yok 3, Evet - iyi huylu 4, Evet - R0 rezeksiyon marjı ile kötü huylu 5, Evet - R1 rezeksiyon marjı ile kötü huylu 6, Evet - R2 rezeksiyon marjı ile kötü huylu 7, Evet - kötü huylu ancak rezeksiyon marjı belirtilmedi
34.1	Hasta anestezi induksiyonunda antibiyotik aldı mı?	1, Evet, anestezi induksiyonunda 2, Hayır, ancak önceki 8 saat içinde bir doz aldı 3, Hayır ve önceki 8 saat içinde herhangi bir antibiyotik almadı.
35.1	Ameliyattan sonraki 30 gün içinde hasta kaç gün boyunca en az bir doz antibiyotik aldı?	<Tamsayı değeri (gün)>
36.1	Hastanın yara sürüntüsü mikrobiyoloji incelemesi için gönderildi mi?	0, Hayır 1, Evet, ancak hiçbir numunede üreme görülmedi 2, Evet, bir veya daha fazla numunede üreme görüldü, ancak mikroorganizmalarda antimikrobiyal direnç yoktu 3, Evet, bir veya daha fazla numunede antimikrobiyal dirençli mikroorganizmaların üremesi görüldü
36.2	36.1'de 3. seçenek seçildiyse, hangi mikroorganizmalar antibiyotiklere direnç göstermiştir? (Uygun olan tüm seçenekleri işaretleyin):	Enterobacterales: 1, Escherichia (örn. E. coli) 2, Klebsiella (örn. K. pneumoniae) 3, Enterobacter 4, Proteus Spesifik dirençler: 5, ESBL üreten Enterobacterales (örn. E. coli, Klebsiella) 6, Karbapenem dirençli Enterobacterales (CRE) 7, Pseudomonas aeruginosa (çoklu ilaç dirençli) 8, MRSA (Metisilin dirençli Staphylococcus aureus) 9, VRE (Vankomisin dirençli Enterococcus) Anaeroblar: 10, Bacteroides fragilis 11, Diğer Bacteroides türleri 12, Peptostreptococcus 13, Clostridium türleri Diğer: 14, Gram negatif 15, Enterococcus 16, Listede yer almayan diğerleri, lütfen belirtiniz
37.1	Ameliyat masraflarının büyük kısmı nasıl karşılandı?	1, Devlet tarafından sağlanan sigorta (ulusal veya bölgesel düzeyde) 2, İşveren tarafından sağlanan sigorta (veya hane halkı üyelerinin işvereni) 3, Hasta tarafından özel olarak düzenlenmiş ve ödenmiş sigorta 4, Sigorta var ancak nasıl düzenlendiği bilinmiyor 5, Hayır kurumları/STK'lar tarafından verilen dış fonlar veya hibeler 6, Kendi cebinden yapılan ödemeler (hasta hastaneye doğrudan ödeme yaptı) 7, Kullanım anında ücretsiz (örn. Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Hizmeti)
37.2	"Ameliyat masraflarının büyük kısmı nasıl karşılandı: Hasta cepten herhangi bir ödeme yaptı mı?" sorusundaki 1-5 numaralı seçeneklerden	0, Hayır 1, Evet
37.3	Ödeme yapamama durumu, hastanın ameliyatının ertelenmesine neden oldu mu?	0, Hayır 1, Evet

Ameliyat yöntemi robotik ise (soru 20.1 ve soru 21.1'den dallanma)	
Robotik platform	1, da Vinci Xi 2, da Vinci X 3, da Vinci Si 4, da Vinci 5 5, Versius 6, Hugo RAS 7, Senhance 8, Moon 9, KangDuo/KD-Surgibot 10, Tourmal/Rebo 11, Hinotori 12, ROSA robotik sistemi 13, Sina cerrahi sistemi 14, Microport 15, Sentire cerrahi sistemi 16, Mako robotik kol destekli cerrahi sistemi 17, Ottava cerrahi sistemi 18, SSI Mantra 19, Tek portlu sistem (lütfen belirtiniz) 20, Diğer (lütfen belirtiniz)
Bugün robot mevcut olmasaydı, bu hasta için ne yapılacaktı?	1, Bu ameliyat iptal edildi 2, Açık cerrahi 3, Laparoskopik veya diğer minimal invaziv eşdeğer cerrahi
Acil durumda sistemden ayrılma ve sistem arızası planları da dahil olmak üzere ekip brifingi tamamlandı mı?	0, Hayır 1, Evet
Konsol cerrahinin kariyeri boyunca gerçekleştirdiği robotik vaka sayısı	1, 0 2, 1-10 3, 11-25 4, 26-50 5, 51-100 6, 100'den fazla
Hasta başı asistanının kademe derecesi	1, Uzman hekim veya eşdeğeri 2, 3 yıl veya daha fazla deneyime sahip doktor/cerrah 3, 1-2 yıl deneyime sahip doktor/cerrah 4, Tıp doktoru olmayan
Gözetmen mevcut muydu?	0, Hayır 1, Evet
Çift konsol kullanıldı mı?	1, Hayır 2, Evet - İkinci konsolda stajyer 3, Evet - İkinci konsolda uzman doktor 4, Evet - İkinci konsolda gözetmen
Telepresence (uzaktan giriş) kullanıldı mı?	1, Mevcut değil 2, Mevcut, ancak kullanılmadı 3, Kullanıldı - Baş cerrah 4, Kullanıldı - İkinci cerrah 5, Kullanıldı - Gözetmen 6, Kullanıldı - Gözlemci
Yerleştirme süresi (hazırlık ve örtüleme başlangıcından tam yerleştirilmeye kadar) kaç dakikaydı?	Serbest metin
Konsol süresi (robotun yerleştirilmesinden çıkılmasına kadar) kaç dakikaydı?	Serbest metin
Toplam ameliyathane süresi (hastanın ameliyathaneye getirilmesinden ameliyathaneden çıkarılmasına kadar) kaç dakikaydı?	Serbest metin
Port konfigürasyonunuz neydi?	1, Robota özgü düzen 2, Standart laparoskopik/torakoskopik veya eşdeğeri ile aynı 3, Tek portlu 4, Diğer (lütfen belirtin)
Bilekli zımba kullandınız mı?	0, Hayır 1, Evet 99, Bilinmiyor
Birincil enerji kaynağı	1, Monopolar ve bipolar 2, Gelişmiş bipolar 3, Ultrasonik 4, Kombinasyon (lütfen belirtin) 5, Bilinmiyor
Floresan görüntüleme (örn. ICG - indosiyaniin yeşili) kullanıldı mı?	0, Hayır 1, Evet - Prosedürde değişiklik olmadı 2, Evet - Prosedürde değişikliğe yol açtı
Ameliyat sırasında aşağıdakilerden herhangi birinde arıza yaşadınız mı?	1, Alet bileği veya alet ucu 2, Koter sorunu 3, Şaft arızası 4, Kablo arızası 5, Gövde arızası
Başlangıçta planlananın ötesinde ek laparoskopik/torakoskopik veya eşdeğer yardım gerekli oldu mu?	0, Hayır 1, Evet
Konversiyon yapıldıysa: konversiyonun nedeni neydi?	1, Kanama 2, Yetersiz görüş 3, Ekipman arızası 4, İşlem çok yavaş ilerliyor 5, Onkolojik endişeler 6, Diğer (lütfen belirtiniz)
Bugün listende kaç tane başka büyük vaka var?	Serbest metin
Bugün listenizde kaç tane başka küçük vaka var?	Serbest metin
Başka bir yöntem (laparoskopik veya eşdeğeri ya da açık cerrahi) kullanmış olsaydınız, robotik vaka kas-iskelet sistemi açısından rahatlığınızı nasıl etkiledi?	1, Alternatiften çok daha kötü 2, Alternatiften daha kötü 3, Fark yok 4, Alternatiften daha iyi 5, Alternatiften çok daha iyi 99, Cevap veremiyorum
Bu vakada ameliyat konsolunda bir stajyer yer aldı mı?	1, Hayır 2, Evet

Karın ameliyatı ise (soru 11.1'den devam – sezaryen hariç)	
Hasta daha önce karın ameliyatı geçirdi mi?	0, Hayır 1, Evet, açık cerrahi 2, Evet, minimal invaziv cerrahi 3, Evet, açık ve minimal invaziv cerrahi
Açık ameliyat ise: Kesi	1, Dikey orta hat 2, Paramedian 3, Enine 4, Eğik (örn. Kocher / McBurney) 5, Yan 6, Pfannenstiel 7, Chevron/Rooftop 8, Torako-abdominal 9, Uygulanmaz
Standart minimal invaziv, robot yardımcı ise: – Ekstraksiyon bölgesi var mıydı?	0, Hayır 1, Evet - Dikey orta hat 2, Evet - Paramedian 3, Evet - Enine 4, Evet - Eğik (örn. Kocher / McBurney) 5, Evet - Yan 6, Evet - Pfannenstiel 7, Evet - Chevron/Rooftop 8, Evet – Torako-abdominal 9, Evet – Diğer
Stoma oluşturuldu mu? (Uygun olan tüm seçenekleri işaretleyin)	0, Hayır 1, Evet - uç ileostomi 2, Evet – ilmek ileostomi 3, Evet – çift kanallı ileostomi 4, Evet – uç kolostomi 5, Evet – ilmek kolostomi 6, Evet – çift kanallı kolostomi 7, Evet – urostomi 8, Evet – mukus fistülü 9, Diğer, lütfen belirtiniz
Bağırsak anastomozu yapıldı mı?	1, Hayır 2, Evet – Zımbalanmış ve intrakorporeal 3, Evet – Zımbalanmış ve ekstrakorporeal 4, Evet – Elle dikilmiş ve intrakorporeal 5, Evet – Elle dikilmiş ve ekstrakorporeal
Aşağıdaki intraoperatif komplikasyonlardan herhangi biri meydana geldi mi?	1, Ameliyat süresi >4 saat 2, Katı organ veya üreter yaralanması 3, Vasküler yaralanma 4, Kan transfüzyonu 5, Hemodinamik instabilite 6, Vazopresör ihtiyacı 7, Yukarıdakilerin hiçbiri
Ameliyat sırasında traneksamik asit kullanıldı mı?	0, Hayır 1, Evet – indüksiyon sırasında profilaktik olarak verildi 2, Evet – kanamaya yanıt olarak verildi
Kolon rezeksiyonu durumunda: Hastaya ameliyat öncesi mekanik bağırsak hazırlığı yapıldı mı?	0, Hayır 1, Evet
Temiz-kontamine/kontamine/kirli karın ameliyatı durumunda: Karın duvarı kapatılmadan önce eldivenler ve aletler değiştirildi mi?	0, Hayır 1, Evet
Açık veya ekstraksiyon bölgesi ise: Kesiğin fasya kapatılması için hangi dikiş malzemesi kullanıldı?	1, PDS 2, PDS Plus 3, Prolene 4, Vicryl 5, Vicryl Plus 6, Catgut 7, Maxon 8, Nylon 9, Diğer 10, Bilinmiyor
Açık veya ekstraksiyon bölgesi ise: Fasya kapatma tekniği şuydu: (Uygun olan tüm seçenekleri işaretleyin)	1, Sürekli dikiş 2, Kesikli dikiş 3, Küçük dikiş tekniği 4, Büyük dikiş tekniği 5, Bilinmiyor
Laparoskopik veya robot yardımcı karın ameliyatı ise: Hangi port bölgeleri fasya düzeyinde kapatıldı?	0, Hiçbiri 1, 5 mm ve üzeri tüm portlar 2, 8 mm ve üzeri tüm portlar 3, 10 mm ve üzeri tüm portlar
Portlar kapatılmışsa: Bu portlar fasya düzeyinde nasıl kapatıldı?	1, Vicryl 2, Vicryl plus 3, PDS 4, PDS plus 5, Prolene 6, Maxon 7, Nylon 8, Triclosan emdirilmiş/kaplanmış 9, Diğer, lütfen belirtiniz
Cilt nasıl kapatıldı?	1, Zımba 2, Kesikli dikiş 3, Subkutiküler dikiş 4, Cilt yapıştırıcısı 5, Açık bırakıldı veya kapatma ertelendi
Hasta, aşağıdaki ameliyat sonrası komplikasyonlardan herhangi birini yaşadı mı? (Uygun olan tüm seçenekleri işaretleyiniz)	1, Stoma komplikasyonları (yüksek akış/prolapsus/nekroz) 2, Yara açılması 3, Kateterle ilişkili enfeksiyon 4, İleus 5, Karın içi sıvı birikimi 6, Fistül (entero-kutanöz/entero-enterik) 7, Fıtık 8, İnme 9, Akut böbrek hasarı 10, Elektrolit bozukluğu 11, Yapışık ince bağırsak tıkanıklığı 12, Yeniden entübasyon 13, Mekanik ventilasyon 14, Septik şok 15, Kan transfüzyonu 16, Yukarıdakilerin hiçbiri
Acil laparotomi (Soru 9.1, 11.1, 20.1 ve 21.1'den dallanma) (apandisit veya kolesistektomi hariç)	
Ameliyat kararı verilmeden önce hasta bir uzman doktor veya eşdeğer bir cerrah tarafından muayene edildi mi ya da durumu bu kişilerle görüşüldü mü?	0, Bir uzman doktor veya eşdeğer bir cerrah tarafından muayene edilmedi veya durum tartışılmadı 1, Hastanın durumu bir uzman doktor veya eşdeğer bir cerrah ile tartışıldı 2, Hasta bir uzman doktor veya eşdeğer bir cerrah tarafından muayene edildi
Ameliyattan önce hasta bir uzman anestezi uzmanı veya eşdeğeri tarafından muayene edildi mi veya onunla görüşüldü mü?	0, Bir uzman veya eşdeğer bir anestezi uzmanı tarafından muayene edilmedi veya durum tartışılmadı 1, Hasta bir uzman veya eşdeğer bir anestezi uzmanı ile görüşüldü 2, Hasta bir uzman veya eşdeğer bir anestezi uzmanı tarafından muayene edildi
Hasta ameliyat öncesinde BT taraması yaptırdı mı?	0, Hayır 1, Evet
Ameliyat öncesinde, ameliyat sonrası mortaliteyi tahmin etmek için bir risk tahmin modeli kullanıldı mı?	0, Hayır 1, Evet
Hastanın son 5 yıl içinde aktif kanser öyküsü var mıydı?	0, Hayır 1, Evet
Laparotomi endikasyonu neydi? (Uygun olan tüm seçenekleri işaretleyin)	1, Perforasyon – Yemek borusu 2, Perforasyon – Mide 3, Perforasyon – Duodenum 4, Perforasyon – İnce bağırsak 5, Perforasyon – Kalın bağırsak 6, Perforasyon – Diğer 7, Sepsis – perforasyon 8, Sepsis – anastomoz kaçağı 9, Sepsis – karın apsesi 10, Sepsis – bağırsak fistülü 11, Sepsis – iyatrogenik yaralanma 12, Sepsis – belirtilmemiş 13, Tıkanma – Ağrılı ince bağırsak tıkanması 14, Tıkanma – Ağrısız ince bağırsak tıkanması 15, Tıkanma – Hassas kalın bağırsak tıkanıklığı 16, Tıkanıklık - Hassas olmayan kalın bağırsak tıkanıklığı 17, Tıkanıklık - Mide çıkışı tıkanıklığı 18, Tıkanıklık - Sıkışmış/strangüle fıtık 19, Tıkanıklık - Hiatus fıtığı / paraözofageal fıtık 20, Tıkanıklık - Volvulus 21, Tıkanıklık - İç fıtık 22, Tıkanma - Kesi fıtığı 23, Tıkanma - İntussepsiyon 24, Tıkanma - Psödo-tıkanma 25, Tıkanma - Yabancı cisim 26, İskemi – ince bağırsak 27, İskemi – kalın bağırsak 28, İskemi – mide 29, İskemi – özofagus 30, İskemi – diğer 31, Diğer – karın duvarı ayrılması 32, Diğer – kanama veya hemoraji 33, Diğer – karın kompartman sendromu 34, Diğer – kolit 35, Diğer – planlı tekrar laparotomi 36, Diğer – belirtilin
Hastanın beyaz kan hücresi sayısı ve/veya CRP testi yapıldı mı?	0, Hayır 1, Beyaz kan hücresi sayısı 2, CRP

(Uygun olan tüm seçenekleri işaretleyin)	
WCC yukarıdaki değerin üzerindeyse: Beyaz kan hücreleri sayısı (x10 ⁹ /L) (Lütfen ameliyat kararı alındığı/hasta ameliyathaneye kaydedildiği zamana en yakın değeri kaydedin)	Serbest metin
CRP değeri yukarıdaki sınırın üzerindeyse: C-Reaktif Protein (CRP) (mg/L) (Lütfen ameliyat kararı alındığı/hasta ameliyathaneye kaydedildiği zamana en yakın değeri kaydedin)	Serbest metin
Hastaya kan laktat testi yapıldı mı?	1, Hayır - hastanemizde ölçüm yapılamıyor 2, Hayır - hastanemizde ölçüm yapılabilir, ancak yapılmadı 3, Evet – arteriyel kan gazı 4, Evet – venöz kan gazı
Kan laktat ölçümü yapıldıysa: Kan laktat değeri neydi?	Sayı
Yetişkin ise: Tahmini kan kaybı	1, < 100 ml 2, 100-500 ml 3, 501-1000 ml 4, >1000 ml
Çocuk ise: Tahmini kan hacminin yüzdesi olarak tahmini kan kaybı	1, <%5 2, %5-10 3, %11-20 4, >%20
Ameliyatın sonunda karın açık bırakıldı mı, yani hasar kontrol laparotomisi yapıldı mı?	0, Hayır 1, Evet
Karın açık bırakıldıysa: Hasta kaç kez daha yeniden inceleme laparotomisi geçirdi?	Serbest metin
Karın açık bırakılmışsa: Birincil ameliyatta açık karın için hangi teknik kullanıldı?	1, Bogota torbası, opsite sandviç vb. dahil ancak bunlarla sınırlı olmayan geleneksel geçici karın kapatma yöntemleri 2, Vakum destekli veya negatif basınç tedavisi cihazı 3, Mesh aracılı veya dinamik fasial kapatma teknikleri 4, Yalnızca deri ile kapatma seçenekleri 7, Diğer (lütfen belirtin)
Karın açık bırakılmışsa: Son yeniden inceleme laparotomisinde açık karın için hangi kapatma tekniği kullanıldı?	1, Birincil fasya kapatma 2, Mesh aracılı veya destekli fasya kapatma 3, Bileşen ayırma teknikleri 4, Köprülü fasya kapatma (orta hat kapatılmadığında) 5, Yalnızca deri kapatma 6, Diğer (lütfen belirtiniz)
Ameliyatı takip eden ilk 24 saatte postoperatif gözlem sıklığı neydi? (Gözlemler arasında kan basıncı, kalp atış hızı, vücut ısısı, oksijen saturasyonu, solunum hızı ve bilinç düzeyi yer alır)	0, İlk 24 saatte gözlem yapılmadı 1, Her 0-4 saatte bir gözlem yapıldı 2, Her gözlem arasında 4 saatten fazla süre geçti
Ameliyatın ardından bir uzman veya eşdeğer bir cerrah tarafından ilk kez ne zaman muayene edildiler?	1, 6 saat içinde 2, 6 saatten fazla ancak 12 saatten az 3, 12 saatten fazla ancak 24 saatten az 4, 24 saatten fazla 5, Ameliyat sonrası dönemde bir uzman veya eşdeğer bir cerrah tarafından muayene edilmedi

İşlem sezaryen doğum ise (soru 19.1'den devam)	
Gravida (bu gebelik dahil olmak üzere gebelik sayısı)	Serbest metin
Doğum sayısı (24 haftalık gebelikten sonra gerçekleşen önceki doğumların sayısı)	Serbest metin
Önceki sezaryen doğum sayısı	Serbest metin
Önceki rahim ameliyatı (sezaryen doğumlar hariç)	0, Hayır 1, Evet
Mevcut gebelik (hafta)	Serbest metin
Mevcut gebelik (gün)	Serbest metin
Hamilelik sırasında anneye ilişkin komplikasyonlar	1, Anemi 2, Preeklampsi 3, Doğum öncesi kanama 4, Gebelik diyabeti 5, Plasenta previa veya plasenta akreta spektrumu şüphesi 6, Yukarıdakilerin hiçbiri
Kadın sezaryen doğumdan önce doğum sancısı çekiyor muydu?	0, Hayır 1, Evet - 1. aşama 2, Evet - 2. aşama
Doğum indüklendi mi yoksa kendiliğinden mi başladı?	1, İndüklendi 2, Kendiliğinden
Acil durum kategorisi	1, Hayati tehlike 2, Anne veya fetus için risk var, ancak hayati tehlike yok 3, Erken doğum gerekli, ancak risk yok 4, Planlı
Doğum gerçekleştiyse: Doğum sırasında anneye ilişkin komplikasyonlar (Uygun olanların tümünü işaretleyin)	1, Doğumun indüksiyonunda başarısızlık 2, Plasenta dekolmanı 3, İlk aşamada gecikme 4, İkinci aşamada gecikme 5, Erken su kesilmesi >24 saat 6, Enfeksiyon (örn. koryoamnionit) 7, Aletli doğumun başarısız olması 8, Doğum tıkanıklığı 9, Rahim yırtılması şüphesi 10, Yok 11, Diğer (lütfen belirtiniz)
Sezaryen doğumun başlıca endikasyonları	1, Doğumun ilerlememesi / doğum distosisi 2, Doğum indüksiyonunun başarısızlığı 3, Fetal risk şüphesi 4, Yanlış sunum 5, İkiz gebelik 6, VBAC için kontrendikasyon bulunan önceki sezaryen doğum 7, Anneye ait tıbbi durumlar 8, Doğum tıkanıklığı / sefalopelvik orantısızlık 9, Plasenta previa (majör) ve plasenta akreta spektrumu 10, Plasenta dekolmanı 11, Rahim yırtılması şüphesi 12, Kordon prolapsusu 13, Annenin talebi 14, Şiddetli fetal makrozomi 15, Diğer, lütfen belirtiniz
Deride kesi türü	1, Enine (Joel Cohen / Pfannenstiel) 2, Orta hat dikey
Ameliyat öncesi hemoglobin (gram/litre)	Serbest metin
Doğum sonrası kanamayı önlemek için uterotonikler verildi mi?	0, Hayır 1, Evet
Ameliyat sırasındaki kan kaybı (mililitre)	Serbest metin

Kan kaybı ölçüldü mü yoksa tahmin edildi mi?	1, Ölçüldü (nicelendi) 2, Tahmin edildi (görsel) 3, Karışık (kısmen ölçüldü, kısmen tahmin edildi) 4, Bilinmiyor
Hastada doğum sonrası kanama oldu mu?	0, Hayır 1, Evet - birincil doğum sonrası kanama 2, Evet - ikincil doğum sonrası kanama 3, Evet - birincil ve ikincil doğum sonrası kanama
Doğumdan sonraki 24 saat içinde ameliyat sonrası ek kan kaybı (ml)	Serbest metin
Doğum sonrası kanamayı tedavi etmek için hangi önlemler alındı? (Uygun olan tüm seçenekleri işaretleyin)	1, Ek uterotonikler 2, Arter ligasyonu 3, Balon tamponadı 4, Kompresyon dikisi (örn. B-Lynch) 5, Histerektomi 6, Kan transfüzyonu 7, Yukarıdakilerin hiçbirisi
Sezaryen doğum sırasında rahim yırtığı saptandı mı?	0, Hayır 1, Evet
Aşağıdaki intraoperatif komplikasyonlardan herhangi biri meydana geldi mi? (Uygun olanların tümünü işaretleyin)	1, Uterus açısı genişlemesi 2, Sıkışmış fetal baş 3, Mesane yaralanması 4, Bağırsak yaralanması 5, Üreter yaralanması 6, Yukarıdakilerin hiçbirisi
Kadında ameliyat sonrası sepsis görüldü mü? Eğer öyleyse, bunun kaynağı neydi?	0, Hayır 1, Evet - ameliyat bölgesi enfeksiyonu 2, Evet - karın içi sepsis 3, Evet - endometrit 4, Evet - idrar yolu 5, Evet - göğüs kaynaklı 6, Evet - diğer (lütfen belirtin) 7, Evet - bilinmiyor
Doğum sonrası hemoglobini (gram/litre)	Serbest metin
Kadın, sezaryen doğumdan sonra ancak taburcu edilmeden önce kan nakli aldı mı?	0, Hayır 1, Evet
Ameliyathaneye geri dönüşü durumu: Ameliyathaneye geri dönüşünün nedeni neydi?	1, Yara açılmasının onarımı 2, Doğum sonrası kanamanın tedavisi 3, Sepsis tedavisi 4, Organ hasarının onarımı 5, Diğer (lütfen belirtiniz)
Sezaryen sonrası hastanede kalış süresi	Serbest metin
Gebelikte fetüs sayısı?	1, 1 2, 2 3, 3
Doğumdaki bebek pozisyonu	1, Sefalik 2, Makat 3, Omuz
1. dakikada Apgar skoru	Serbest metin
5. dakikada Apgar skoru	Serbest metin
Bebek yenidoğan ünitesine yatırıldı mı?	0, Hayır 1, Evet
Bebek, doğumdan sonraki 30 gün içinde aşağıdaki komplikasyonlardan herhangi birine maruz kaldı mı?	1, Doğum asfiksisi 2, Nöbetler 3, Deri yırtılması 4, Sefalhematom 5, Kafatası kırığı 6, Brakiyal plexus yaralanması 7, Yenidoğan ölümü 8, Hiçbiri 9, Diğer (lütfen belirtiniz)

Hastada kırık veya el yaralanması varsa (soru 10.5'ten devam)	
Lütfen hastanın tüm kırık yerlerini belirtiniz. (Uygun olanların hepsini işaretleyiniz)	1, Humerus 2, Radius/Ulna 3, Femur 4, Tibia/Fibula 5, El 6, Pediatrik tırnak yatağı yaralanması (Yaş ≤16 yaş) 7, Dijital sinir yaralanması ile birlikte parmak yırtığı 8, Pelvis/Asetabulum 9, Ayak 10, Omurga 11, Diğer (lütfen belirtiniz)
Bu bir revizyon ameliyatı mıydı?	0, Hayır 1, Evet
Femur kırığı ise: Femur kırığının yeri neresidir?	31, Proksimal 32, Diafiz 33, Distal
31 Proksimal ise: Ne tür?	31B (Kapsül içi) 31A1/A2 (Kapsül dışı, Peritrokanterik) 31A3 (İntertrokanterik/Ters Oblik)
Femur kırığı varsa: Bu, femurun açık kırığı mıydı?	0, Hayır 1, Evet
Tibia/fibula kırığı ise: Tibia/fibula kırığının yeri neresidir?	41, Proksimal 42, Diafiz 43, Distal 44, Malleolar segment (Ayak bileği)
Tibia/fibula kırığı varsa: Bu, tibia/fibulanın açık kırığı mıydı?	0, Hayır 1, Evet
El kırığı varsa: El kırığının yeri neresidir?	51, Karpal kemikler 52, Metakarpal kemikler 53, Falankslar
El kırığı varsa: Bu, elin açık kırığı mıydı?	0, Hayır 1, Evet
Pelvik kırık varsa: Pelvik kırığın yeri neresidir?	61, Pelvik halka 62, Asetabulum
Pelvik kırık varsa: Bu, pelvisin açık kırığı mıydı?	0, Hayır 1, Evet
Ayak bileği kırığı ise (44'ten dallanma)	
Belirlenmiş periferik nöropati var mı?	0, Hayır 1, Evet
Malleolar tutulum (uygun olanların tümünü işaretleyin)	0, Yok (izole sindesmoz yaralanması) 1, Lateral 2, Medial 3, Posterior
Kesin fiksasyon türü	1, Plakalar ve vidalar 2, Fibular çivi 3, Arka ayak çivisi 4, Dış fiksator (dairesele olmayan) 5, Dairesel / Hexapod çerçeve 6, Alçı 7, Diğer
Sindesmoz sabitlendi mi?	1, Hayır 2, Evet – rijit fiksasyon (vida) 3, Evet – Esnek fiksasyon (tightrope)
Eğer evet ise: Arka malleol sabitlendi mi?	0, Hayır 1, Evet
Ameliyattan itibaren toplam sınırlı/ağır taşıma süresi ne kadar olmalıdır? (gün)	Serbest metin
Ağır yüklemesinin kısıtlamasız hale gelmesinden sonra planlanan immobilizasyon süresi	0, Yok 1, Alçı 2, Bot 3, Diğer

Açık kırık ise (Yukarıdaki açık kırık seçeneklerinden birini seçin)	
Kırığın Gustilo-Anderson Sınıflandırması nedir?	1, 1 2, 2 3, 3a 4, 3b 5, 3c
Debridman sırasında uygulanan irigasyon türü	1, Sadece salın 2, Su 3, Sabunlu 4, Betadin dahil 5, Diğer
İlk debridman sırasında hangi iskeletsel stabilizasyon uygulandı?	1, Kalıcı stabilizasyon 2, Geçici stabilizasyon
Kullanılan geçici yöntem	1, Alçı 2, Dış fiksator (dairesele olmayan) 3, Dairesel / Hexapod çerçeve 4, İç fiksasyon 5, Hiçbir şey 6, Çıkarma ateli 7, Tek taraflı dış fiksator + alçı
İlk debridman sırasında uygulanan kesin fiksasyon	1, Amputasyon 2, Alçı 3, Dış fiksator (dairesele olmayan) 4, Dairesel / Hexapod çerçeve 5, Intramedüller çivi 6, Plaka / vidalar 7, K telleri 8, Tek taraflı ExFix + alçı
İlk ameliyatta uygulanmamışsa, iskeletsel stabilizasyon için kesin yöntem	1, Amputasyon 2, Alçı 3, Dış fiksator (dairesele olmayan) 4, Dairesel / Hexapod çerçeve 5, Intramedüller çivi 6, Plaka / vidalar 7, K telleri 8, Tek taraflı ExFix + alçı
İlk debridman sırasında kesin kapatma sağlanabildi mi?	0, Hayır 1, Evet
Hayır ise: ne tür yara pansumanı uygulandı	1, Negatif basınç 2, Standart pansuman (negatif basınçlı değil) 3, Bal 4, Diğer (belirtiniz)
Kesin kapatma için hangi yöntem kullanıldı?	1, Birincil kapatma (ilk işlemde) 2, Gecikmeli birincil kapatma (yani ilk işlemde değil) 3, Yalnızca deri grefti 4, Lokal kas flebi (örn. gastrocnemius, peroneus brevis) 5, Lokal fasiyokutan flebi (örn. keystone veya propellar) 6, Serbest flep – fasiyokutan (ALT, kasık flebi vb.) 7, Serbest flep – deri grefti ile serbest kas flebi (latissimus dorsi, gracilis vb.) 8, İkincil niyetle iyileşmeye bırakıldı
Birincil veya gecikmiş kapatma durumunda, herhangi bir kemik kısaltma veya deformasyon işlemi yapıldı mı?	0, Hayır 1, Evet
Bu hasta toplam kaç ameliyat geçirdi?	Serbest metin
İlk ameliyat ile son ameliyat arasında kaç gün geçti?	Serbest metin
Kesin kapatma işleminden sonra antibiyotik tedavisi ne kadar süreyle devam etti (gün)	Serbest metin
Kalça kırığı varsa (31B'den dallanma)	
Hastaya kalça hemiartroplastisi uygulandı mı?	0, Hayır 1, Evet
Eğer evet ise: yaklaşım	1, Anterior 2, Anterolateral 3, Posterior 4, Diğer
Eğer evet ise: implant neydi	1, Çimentolu 2, Çimentosuz
Eğer evet ise: Çimento türü neydi?	1, Antibiyotik içermeyen 2, Tek antibiyotikli 3, Çift antibiyotikli
Kalça kırığı varsa (31A1/2 veya 31A3'ten dallanma)	
İmplant neydi	1, Kısa çivi 2, Uzun çivi 3, Kaya kalça vidası 4, Diğer
SHS ise: trokanterik stabilizasyon plakası kullanıldı mı?	0, Hayır 1, Evet
Kapalı tibial kırık varsa (tib/fib 41, Proksimal 42, Diafizal 43, Distal ve kapalı dalları)	
Kırık aşağıdakilerden hangisiyle sabitlendi?	1, Intramedüller çivi 2, Plaka / vidalar 3, Dış fiksator (dairesele olmayan) 4, Dairesel / Hexapod çerçeve 5, K telleri 6, Amputasyon
Dış fiksator kullanılmışsa: bu	1, Geçici fiksator 2, Kalıcı dış fiksasyon
El cerrahisi yapıldıysa (Kırık yerlerinden dallanma – 6,7)	
Tırnak yatağının onarımının ardından tırnak plakası tırnak yatağına yeniden sabitlendi mi?	0, Hayır 1, Evet
Parmak siniri doğrudan (dikişlerle) onarıldı mı?	0, Hayır 1, Evet
Parmak sinir uçlarının hizalanmasının ardından, siniri doğrudan onarmak için mikrocerrahi dikişler kullanıldı mı?	0, Hayır 1, Evet
Ortopedik ameliyat varsa	
Herhangi bir ameliyat sırasında lokal antibiyotik kullanıldı mı?	0, Hayır 1, Kaplamalı implant 2, Topikal toz 3, Lokal antibiyotik taşıyıcı, örn. boncuklar, serament (lütten belirtin) 4, İrrigasyon 5, Diğer (belirtin)

Ventriküloperitoneal şant varsa (soru 19.1'den dallanma)	
Hidrosefali etiyolojisi	1, Malformasyonlar (örn. Spina bifida, Chiari) 2, Akvedukt darlığı 3, Kanama sonrası (örn. Yetişkinlerde SAH, yenidoğanlarda IVH) 4, Tümör – iyi huylu 5, Tümör – kötü huylu 6, Travma 7, Enfeksiyon 8, Kist (örn. kolloid, araknoid, pineal) 9, İdiyopatik intrakraniyal hipertansiyon (IIH) 10, İdiyopatik normal basınçlı hidrosefali (iNPH) 11, Diğer (belirtiniz)
Doğum durumu (18 yaşına kadar)	1, Erken doğum 2, Zamanında doğum 3, Bilinmiyor
Bu hastada eşzamanlı bir CNS enfeksiyonu var mı veya son 3 ay içinde olmuş mu	0, Hayır 1, Evet
Birincil şant yerleştirilmesi	0, Hayır 1, Evet

Birincil şant yerleştirme "Hayır" ise – revizyon şant yerleştirme (bileşenler revize edildi)	1, Ventriküler kateter 2, Peritoneal kateter 3, Her ikisi 4, Hiçbiri (sadece valf)
Hastanizde hangi şant kateterleri mevcuttur?	1, Yalnızca antibiyotik 2, Yalnızca sade 3, Hem antibiyotik hem sade
Şant cerrahisinde kullanılan kateterler	1, Antibiyotikli 2, Antibiyotiksiz
Şant enfeksiyonu (30 gün)	0, Hayır 1, Evet
Ameliyat sonrası şant enfeksiyonu teyit edildi (Ameliyat tarihi 0. gündür)	
12 ay içinde şant enfeksiyonu (12 ay sonra 12 aylık şant enfeksiyonu değerlendirmesi için sizinle iletişime geçilmesini ister misiniz? "Evet" seçeneğini işaretleyerek, gerekli etik veya yasal onayların mevcut olduğundan emin olacağınızı ve verileri (ameliyat tarihi dahil) hastanizde güvenli bir şekilde saklayacağınızı kabul etmiş olursunuz; bu çalışma modülünü yürüten ekip, 12 aylık şant enfeksiyonu değerlendirmesi için zaman yaklaştığında sizinle iletişime geçecektir.	0, Hayır 1, Evet

Clavien-Dindo V, yani mortalite (soru 28.1'den dallanma)	
Hasta ameliyat sonrası kaçınıcı günde vefat etti? (0. gün, ameliyat günüdür)	Serbest metin
Hasta nerede vefat etti?	1, Ana ameliyatın yapıldığı hastanede 2, Ana ameliyatın yapıldığı hastaneden farklı bir hastanede 3, Hastane dışında (yani evde veya toplum içinde) 4, Bakım evi veya benzeri
Bu hasta için resmi otopsi yapıldı mı ve sonuçlar size ulaştı mı?	0, Otopsi yapılmadı 1, Otopsi yapıldı, ancak sonuçlara erişemiyorum 2, Otopsi yapıldı ve sonuçlar mevcut
Vaka, bölümün Morbidite ve Mortalite (M&M) toplantısında veya benzeri bir toplantıda resmi olarak gözden geçirildi mi?	0, Hayır 1, Evet, ancak sonuçlar elimde değil 2, Evet ve sonuçlar mevcut
Ölüm nedeni	1, Birincil (hastalıktan kaynaklanan) 2, İkincil (ameliyatın komplikasyonları)
Lütfen ölüm nedenini özetleyin Mümkünse, ölüm belgesinde kayıtlı ölüm nedenlerini de ekleyiniz.	Serbest metin
Gelişmiş Yaşam Desteği algoritması (ABCDE) kullanılarak, hangi organ sisteminin yetmezliği bu hastanın ölümüne en büyük ölçüde yol açmıştır?	1, Hava yolu, hava yolu tıkanıklığı dahil 2, Solunum, hipoksi ve birincil solunum yetmezliği dahil 3, Dolaşım (dağıtım, hipovolemik, obstrüktif, kardiyojenik ve nörojenik şok dahil) 4, Engellilik ve maruz kalma (nörolojik olaylar, hipo/hipertermi, toksinler, metabolik veya elektrolit bozuklukları dahil) 5, Ölüm nedeni belirlenemedi
Elinizdeki bilgilere göre, bu ölüm önlenilebilir miydi?	1, Önlenemez 2, Muhtemelen önlenilebilir (< %50 olasılık) 3, Büyük olasılıkla önlenilebilir (> %50 olasılık)
Hastaneye sevk edilmeden önce, bu hastanın bakımında hangi fırsatlar veya değişiklikler ölümü önleyebilirdi? (Uygun olan tüm seçenekleri işaretleyin)	1, Hastalığın daha erken teşhisi/tespiti 2, Birincil değerlendirmeye daha iyi erişim / daha uygun maliyet 3, Daha iyi sağlık arama davranışları 4, İkincil bakım veya hastaneye daha uygun triyaj 5, Mevcut uzun süreli hastalıkların optimizasyonu 6, Başlangıçtaki fizyolojik rezervin iyileştirilmesi (prehabilitasyon) 7, Diğer (lütfen belirtin) 8, Yukarıdakilerin hiçbirisi
Ameliyat öncesi dönemde, ancak hasta hastanedeysen, bu hastanın bakımında hangi fırsatlar veya değişiklikler ölümü önleyebilirdi? (Uygun olan tüm seçenekleri işaretleyin)	1, Hastalığın daha erken teşhisi / fark edilmesi 2, Değerlendirmeye daha iyi erişim veya daha uygun maliyet 3, Hastanede personel üyeleri veya ekipler arasında daha iyi iletişim 4, Durumun kötüleşmesinin daha iyi izlenmesi / fark edilmesi 5, Teşhis testlerine ve görüntüleme yöntemlerine daha iyi erişim 6, Daha erken ilk canlandırma tedavisi 7, Canlandırma ürünlerinin (örn. kan, sıvılar, ilaçlar) daha iyi temini 8, Üst düzey klinisyenlere derhal sevk 9, Cerrahi müdahaleye ilişkin daha erken karar 10, Daha fazla ameliyathane kapasitesi veya ameliyathaneye daha iyi erişim 11, Doğru uzmanlık ekibi tarafından kabul edilmesi 12, Cerrahi müdahaleye ilişkin yanlış karar – örn. hastaya daha az invaziv bir tedavi veya cerrahi dışı yönetim sunulmalıydı ya da ameliyatın bir faydası yoktu 13, Ameliyat öncesi optimizasyonun yetersiz olması; örneğin eşlik eden hastalıkların fark edilmemesi, yetersiz resüsitasyon 14, Daha ileri düzeyde bakım ortamının mevcut olması, örneğin yüksek bağımlılık ünitesi veya yoğun bakım 15, kapasite (girişimsel radyoloji / endoluminal) 16, Diğer (lütfen belirtiniz) 17, Yukarıdakilerin hiçbirisi
Ameliyat sırasında, bu hastanın bakımında hangi fırsatlar veya değişiklikler ölümü önleyebilirdi? (Uygun olanların tümünü işaretleyin)	1, Hastanede personel üyeleri veya ekipler arasında iletişimin iyileştirilmesi 2, Ameliyathanede daha deneyimli bir cerrahın bulunması 3, Ameliyathanede daha deneyimli bir anestezi uzmanının bulunması 4, Diğer uzmanlık alanlarından cerrahların daha kolay ulaşılabilir olması 5, Resüsitasyon ürünlerinin (örn. kan, sıvılar, ilaçlar) daha kolay ulaşılabilir olması 6, Cerrahi teknik hataların önlenmesi 7, Cerrahi karar verme sürecinin iyileştirilmesi 8, Daha kaliteli ekipman / ekipman arızalarının önlenmesi 9, Daha istikrarlı elektrik tedariki 10, Yanlış cerrahi karar – örneğin, stoma yapılması gerekirken kolon anastomozu yapılması 11, Yanlış cerrahi yaklaşım – laparoskopik yapılması gerekirken açık cerrahi yapılması veya tersi 12, Farklı bir cerrahi yaklaşıma geçişte gecikme, örneğin laparoskopik ameliyatın açık cerrahiye dönüştürülmesi 13, Kıdemli cerraha danışılması 14, Diğer (lütfen belirtiniz) 15, Yukarıdakilerin hiçbirisi

Ameliyatın ardından, ancak hasta hala hastanedeysen, bu hastanın bakımında hangi fırsatlar veya değişiklikler ölümü önleyebilirdi? (Uygun olan tüm seçenekleri işaretleyin)	1, Daha yüksek düzeyde bakım sunan bir ortamın mevcut olması, örneğin yüksek bakım ünitesi veya yoğun bakım ünitesi 2, Ameliyat sonrası komplikasyonun daha erken teşhisi / fark edilmesi 3, Durumun kötüleşmesinin daha iyi izlenmesi / fark edilmesi 4, Teşhis testlerine ve görüntüleme yöntemlerine daha iyi erişim 5, Resüsitasyon ürünlerinin (örneğin kan, sıvılar, ilaçlar) daha iyi temini 6, Üst düzey klinisyenlere derhal sevk 7, Cerrahi / endoskopik / radyolojik / yeniden müdahaleyle ilişkin daha erken karar 8, Daha fazla ameliyathane kapasitesi veya ameliyathaneye erişimin iyileştirilmesi 9, Ameliyatsız kurtarma stratejileri (girişimsel radyoloji / endoluminal) için kapasitenin artırılması 10, Hastanedeki personel üyeleri veya ekipler arasında iletişimin iyileştirilmesi 11, Rehabilitasyona erişimin iyileştirilmesi 12, Semptomların hafifletilmesinde iyileştirme (ağrı kontrolü, bulantı ve kusma) 13, Ek beslenmeye daha iyi erişim 14, Uygun VTE profilaksisi veya antikoagülasyon 15, Tedavi veya bakımın karşılanabilirliği 16, Yeniden ameliyat için yanlış karar, örneğin konservatif tedavi veya daha az invaziv tedavi önerilmeliydi ya da cerrahi müdahale sonuçsuz kalmıştır 17, Diğer (lütfen belirtiniz) 18, Yukarıdakilerin hiçbiri
Ameliyatın ardından, hasta hastaneden taburcu edildikten sonra, bu hastanın bakımında hangi fırsatlar veya değişiklikler ölümü önleyebilirdi? (Uygun olan tüm seçenekleri işaretleyin)	1, Daha erken tanı / ameliyat sonrası komplikasyonun fark edilmesi 2, Daha iyi izleme / durumun kötüleşmesinin fark edilmesi 3, Değerlendirmeye daha iyi erişim / karşılanabilirlik 4, Daha iyi sağlık arama davranışları 5, İkinci bakım/hastaneye daha uygun sevk 6, Klinik ekiple daha düzenli takip 7, Rehabilitasyona daha iyi erişim 8, Semptomların daha iyi giderilmesi (ağrı kontrolü, mide bulantısı ve kusma) 9, Ek besinlere daha iyi erişim 10, Uygun venöz tromboembolik profilaksi veya antikoagülasyon 11, Tedavi veya bakımın karşılanabilirliği 12, Diğer (lütfen belirtin) 13, Yukarıdakilerin hiçbiri
Ameliyat gerektiren ileri evre hastalık (örn. ileri evre kanser, masif fıtık)	1, Mevcut değil 2, Mevcut, ancak katkısı yok 3, Hafif katkısı var 4, Orta derecede katkısı var 5, Önemli katkısı var
Başvuru anında fizyolojik durumun dengesiz olması (örn. şok, hipoksi)	1, Mevcut değil 2, Mevcut, ancak etki etmedi 3, Hafif etki etti 4, Orta derecede etki etti 5, Önemli ölçüde etki etti
Altta yatan kırılganlık	1, Mevcut değil 2, Mevcut, ancak katkısı yok 3, Hafif katkısı var 4, Orta derecede katkısı var 5, Önemli katkısı var
Altta yatan uzun süreli sağlık sorunları	1, Mevcut değil 2, Mevcut, ancak katkısı yok 3, Hafif katkısı var 4, Orta derecede katkısı var 5, Önemli katkısı var
Yukarıdaki bilgilerin kaynağı nedir? (Morbidite ve mortalite toplantısının sonuçlarının veya vakaya ilişkin iki bağımsız kıdemli klinisyenin görüşlerinin kullanılmasını öneririz) (Uygun olan tüm seçenekleri işaretleyin)	0, Yalnızca veri girişi yapan kişi (derece dahil) 1, Morbidite ve Mortalite toplantısı 2, İki bağımsız kıdemli klinisyenin görüşü 3, Diğer, lütfen belirtiniz

Ek C: Referans verilen soru numaralarıyla birlikte tanımlar**4.1 ASA Fiziksel Durum Sınıflandırması¹**

Sınıf	Tanım	Örnekler
1	Normal sağlık	Sağlıklı, sigara içmeyen, alkol kullanmayan veya çok az alkol kullanan
2	Hafif sistemik hastalık	Önemli fonksiyonel kısıtlamalar olmaksızın sadece hafif hastalıklar. Örnekler arasında (bunlarla sınırlı olmamak üzere) şunlar yer alır: şu anda sigara içenler, sosyal alkol tüketicileri, hamilelik, 30 < BMI < 40, iyi kontrol altında tutulan DM/HTN, hafif akciğer hastalığı
3	Şiddetli sistemik hastalık	Önemli fonksiyonel kısıtlamalar. Bir veya daha fazla orta ila şiddetli hastalık. Örnekler arasında (bunlarla sınırlı olmamak üzere) şunlar yer alır: kötü kontrol edilen diyabet veya hipertansiyon, KOAH, morbid obezite (BMI ≥ 40), aktif hepatit, alkol bağımlılığı veya kötüye kullanımı, implante edilmiş kalp pili, ejeksiyon fraksiyonunda orta derecede azalma, düzenli diyalize giren son dönem böbrek yetmezliği, 60 haftadan küçük prematüre bebek, MI, CVA, TIA veya CAD/stent öyküsü (> 3 ay)
4	Hayatı sürekli tehdit eden şiddetli sistemik hastalık	Örnekler arasında (bunlarla sınırlı olmamak üzere) şunlar yer alır: yakın zamanda (< 3 ay) geçirilmiş MI, CVA, TIA veya CAD/stentler, devam eden kardiyak iskemi veya şiddetli kapak disfonksiyonu, ejeksiyon fraksiyonunda şiddetli azalma, sepsis, DIC, ARD veya düzenli diyalize girmeyen ESRD
5	Ölüm döşeginde: ameliyat olmadan hayatta kalması beklenmeyen	Örnekler arasında (bunlarla sınırlı olmamak üzere) şunlar yer alır: rüptüre karın/toraksik anevrizma, masif travma, kitle etkisine sahip intrakraniyal kanama, önemli kardiyak patoloji veya çoklu organ/sistem disfonksiyonu eşliğinde iskemik bağırsak.
6	Beyin ölümü gerçekleşmiş organ donörü	

BMI, vücut kitle indeksi; DM, diabetes mellitus; ESRD, son dönem böbrek yetmezliği; HTN, hipertansiyon; PCA, gebelik sonrası yaş; MI, miyokard enfarktüsü; CVA, serebrovasküler olay; TIA, geçici serebral iskemik atak; CAD, koroner arter hastalığı; DIC, yaygın intravasküler pıhtılaşma; ARD, akut solunum sıkıntısı.

7.1 Klinik Kırılganlık Ölçeği^{2,3}

Clinical Frailty Scale*



1 Very Fit – People who are robust, active, energetic and motivated. These people commonly exercise regularly. They are among the fittest for their age.



2 Well – People who have **no active disease symptoms** but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very **active occasionally**, e.g. seasonally.



3 Managing Well – People whose **medical problems are well controlled**, but are **not regularly active** beyond routine walking.



4 Vulnerable – While **not dependent** on others for daily help, often **symptoms limit activities**. A common complaint is being "slowed up", and/or being tired during the day.



5 Mildly Frail – These people often have **more evident slowing**, and need help in **high order IADLs** (finances, transportation, heavy housework, medications). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation and housework.



6 Moderately Frail – People need help with **all outside activities** and with **keeping house**. Inside, they often have problems with stairs and need **help with bathing** and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.



7 Severely Frail – **Completely dependent for personal care**, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~ 6 months).



8 Very Severely Frail – Completely dependent, approaching the end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.



9. Terminally Ill - Approaching the end of life. This category applies to people with a **life expectancy <6 months**, who are **not otherwise evidently frail**.

Scoring frailty in people with dementia

The degree of frailty corresponds to the degree of dementia. Common **symptoms in mild dementia** include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.

In **moderate dementia**, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting.

In **severe dementia**, they cannot do personal care without help.

* 1. Canadian Study on Health & Aging, Revised 2008.

2. K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495.

© 2007-2009 Version 1.2. All rights reserved. Geriatric Medicine Research, Dalhousie University, Halifax, Canada. Permission granted to copy for research and educational purposes only.



9.2. Sepsis

Sepsis, enfeksiyona karşı düzensiz bir konakçı yanıtının neden olduğu, yaşamı tehdit eden organ disfonksiyonu olarak tanımlanır. Organ disfonksiyonu, enfeksiyonun bir sonucu olarak toplam SOFA (Sıralı Organ Yetmezliği Değerlendirmesi) skorunda ≥ 2 puanlık akut bir değişiklik olarak tanımlanabilir. ⁴

9.3. Şok

Doku perfüzyonu ve oksijen dağıtımının yetersiz kalmasına yol açan, hücresel ve organ disfonksiyonuna neden olan, yaşamı tehdit eden bir dolaşım yetmezliği durumudur. 4 tür şok vardır: septik, kardiyojenik, hipovolemik ve distribütif şok. Akut dolaşım yetmezliği tanısı, klinik, hemodinamik ve biyokimyasal bulguların birleşimine dayanır. Klinik bulgular arasında hipotansiyon (MAP <65 mmHg), taşikardi, zihinsel durum değişikliği, oligüri ve perfüzyon bozukluğuna işaret eden belirtiler (örn. yüksek laktat) yer alır. ⁵

10.1. Malign hastalık: Kanseri, malign tümör veya neoplazm olarak da adlandırılır; kontrolsüz bir şekilde büyüyen, komşu dokuları istila eden ve vücudun diğer bölgelerine yayılabilen (metastaz) anormal hücrelerle karakterize edilen hastalık. ⁴

10.2. Küratif cerrahi işlem: Uzun vadeli sağkalım veya iyileşmeyi amaçlayarak, bir hastalığı (örn. kanser) tamamen ortadan kaldırmak veya yok etmek amacıyla gerçekleştirilen cerrahi müdahale. ⁵

Palyatif cerrahi işlem: İyileşme beklentisi olmaksızın, semptomları hafifletmek, yaşam kalitesini iyileştirmek veya hastalığın komplikasyonlarını yönetmek amacıyla gerçekleştirilen cerrahi müdahale. ^{5,6}

14.1. Uzman hekim veya eşdeğeri

Hasta bakımı ve klinik karar verme konusunda bağımsız sorumluluğa sahip, tam nitelikli kıdemli bir cerrah veya ilgili sağlık sistemi içinde eşdeğer kıdem ve yetkiye sahip bir klinisyen. (Uyarılma: NHS Employers. "Konsültanın rolü ve sorumlulukları"; Genel Tıp Konseyi (GMC) tıbbi roller ve sorumluluklar kılavuzu.) ^{9,10}

18.1. Knife to Skin (Ameliyatın Başlangıcı):

Ameliyat prosedürünün başlangıcını işaret eden, hastanın derisinde ilk cerrahi kesimin yapıldığı zaman noktası. ^{11,12}

22.1. Kontaminasyon düzeyleri^{13,14,15} :

Temiz: Solunum, genital, gastrointestinal veya ürogenital sistemlere giriş yapılmamıştır; içi boş organlara giriş yapılmamıştır.

Örnekler: Fıtık onarımı, elektif splenektomi, adezyoliz, meme cerrahisi, elektif kalça ve diz protezi, abdominal aort anevrizması onarımı vb.

Temiz-kontamine: Solunum, genital, gastrointestinal veya ürogenital sistemlere kontrollü koşullar altında girilir; içi boş organlara kontrollü giriş yapılır; gastrointestinal/ürogenital sistem içeriğinin dışarı sızması olmaz.

Örnekler: Apandisit ameliyatı (iltihaplı olmayan), bağırsak rezeksiyonu, kolesistektomi (safra dökülmesi olmayan), sezaryen, akciğer rezeksiyonu vb.

Kontamine: Gastrointestinal/ürogenital sistemlerin içeriğinin az miktarda dökülmesi, akut, pürülan olmayan iltihaplanma görülen insizyonlar.

Örnekler: Apandisit ameliyatı (iltihaplı), kolesistektomi (safra dökülmesi ile), nekrotik bağırsak rezeksiyonu (perforasyon yok), penetran travma, taze travmatik yara debridmanı.

Kirli: GI/GU sistemlerinin içeriğinin büyük ölçüde sızması, peritonit, yerleşik enfeksiyon.

Örnekler: Perfore sigmoid kolon için Hartmann prosedürü, perfore mide ülseri için laparotomi, açık kırık, ampiyem drenajı.

28.1. Clavien-Dindo Sınıflandırma Sistemi

Ameliyat sonrası istenmeyen olaylar şu şekilde sınıflandırılabilir:

- **Tedavinin başarısızlığı** – Bu durum, asıl ameliyatın amaçlanan faydaları sağlayamadığı zaman ortaya çıkar; örneğin, laparoskopik kolesistektomi sonrası devam eden ağrı veya kanser ameliyatı sonrası tümör nüksü.
- **Sekeller**: Belirli bir prosedürün bilinen sonuçları; örneğin, kalın veya ince bağırsak rezeksiyonu sonrası bağırsak malabsorbsiyonu veya splenektomi sonrası immün yetmezlik.
- **Komplikasyon**: Normal postoperatif seyrin dışına çıkan, hasta üzerinde olumsuz etkisi olan ve tedavi başarısızlığı veya sekel niteliğinde olmayan herhangi bir durum.

Clavien-Dindo sınıflandırmasında, bir komplikasyonun ciddiyetini belirleyen faktör, gerekli olan tedavidir¹⁶. Dolayısıyla, belirli bir komplikasyon, nasıl yönetildiğine bağlı olarak farklı derecelere sınıflandırılabilir. Örneğin, bir anastomoz sızıntısı, sınırlı ise (derece II) sadece antibiyotiklerle tedavi edilebilir veya anestezi altında yeniden ameliyat gerektirebilir (derece III).

Diğer bazı hususlar:

- Ameliyat sırasındaki komplikasyonlar, ameliyat sonrası dönemde hasta üzerinde olumsuz bir etki yaratmadıkları sürece dikkate alınmaz. Bunun tek istisnası ameliyat sırasındaki ölümdür; bu durum V. derece olarak sınıflandırılır.
- Ameliyatla doğrudan bir ilişkisi olmasa bile tüm ameliyat sonrası olumsuz olaylar dahil edilir.
- Taburculuk sonrası dahil olmak üzere takip süresi (30 gün) içindeki tüm olumsuz olaylar dahil edilir.
- Tanı amaçlı işlemler dahil edilmez. Örneğin, herhangi bir müdahale yapılmaksızın kanama kaynağını belirlemek amacıyla yapılan tanısal özofagoduodenoskopi (OGD) bir komplikasyon olarak değerlendirilmez, ancak kanayan damarın klipslenmesi ile yapılan terapötik OGD, derece IIIa komplikasyon olarak değerlendirilir. Negatif sonuçlanan keşif amaçlı laparotomiler tanı amaçlı işlemler olarak kabul edildiğinden, komplikasyon olarak kaydedilmemelidir.

Clavien -Dindo Dereces i	Tanımı (italik olarak listelenen örnekler)
I	Farmakolojik ("izin verilen tedavi rejimleri" hariç), cerrahi, endoskopik veya radyolojik müdahale gerektirmeyen, normal postoperatif seyrin herhangi bir sapması. İzin verilen tedavi rejimleri şunlardır: seçilmiş ilaçlar (antiemetikler, antipiretikler, analjezikler, diüretikler ve elektrolit replasmanı), fizyoterapi ve yatak başında açılan ancak antibiyotikle tedavi edilmeyen yara enfeksiyonları. <i>Örnekler: İleus (normdan sapma); K ile tedavi edilen hipokalemi; siklizin ile tedavi edilen bulantı; intravenöz sıvılarla tedavi edilen akut böbrek hasarı.</i>
II	Derece I komplikasyonlar için izin verilenlerin ötesinde ilaçlarla farmakolojik tedavi gerektiren durumlar; kan transfüzyonları ve total parenteral beslenme dahil. <i>Örnekler: Antibiyotiklerle tedavi edilen cerrahi alan enfeksiyonu; tıbbi olarak tedavi edilen miyokard enfarktüsü; enoksaparin ile tedavi edilen derin ven trombozu; antibiyotiklerle tedavi edilen pnömoni veya idrar yolu enfeksiyonu; anemi için kan transfüzyonu.</i>
III	Cerrahi, endoskopik veya radyolojik müdahale gerektiren durumlar <i>Örnekler: Terapötik endoskopik tedavi (tanı amaçlı işlemler hariç); girişimsel radyoloji işlemleri; herhangi bir nedenle ameliyathaneye geri dönülmesi</i>
IV	Yoğun bakım yönetimi gerektiren, yaşamı tehdit eden komplikasyonlar; beyin kanaması; veya iskemik inme (TIA hariç). <i>Örnekler: Ventilatör desteğine ihtiyaç duyulan pnömoni, diyaliz gerektiren böbrek yetmezliği; subaraknoid kanama (SAH); inme</i>
V	Hastanın ölümü

28.2. 30 Günlük Komplikasyonlar:

Ameliyat bölgesi enfeksiyonları

Ameliyat bölgesi enfeksiyonu, ameliyattan 30 gün sonra, Hastalık Kontrol Merkezi'nin (CDC) derin insizyonel veya yüzeysel insizyonel SSI tanımına¹⁷ göre aşağıdaki şekilde tanımlanır:

1. Enfeksiyon, ana ameliyattan sonraki 30 gün içinde ortaya çıkmalıdır
2. Enfeksiyon, kesiğin deri, deri altı, kas veya fasya katmanlarını etkilemelidir

3. Hastada aşağıdakilerden en az biri bulunmalıdır: yaradan pürülan akıntı; yara sürüntüsünde tespit edilen mikroorganizmalar; klinik olarak veya görüntüleme ile teşhis edilmiş enfeksiyon; yaranın kendiliğinden veya bir klinisyen tarafından açılması
4. Hastada aşağıdakilerden en az biri bulunmalıdır: ağrı, hassasiyet, lokalize şişlik, kızamıklık, yara bölgesinde sıcaklık, sistemik ateş ($>38^{\circ}\text{C}$).

Kırıkla ilişkili enfeksiyon

Kırıkla ilişkili enfeksiyon, kırık sonrası herhangi bir zamanda ortaya çıkan enfeksiyondur. Aşağıdaki özelliklerden herhangi birinin varlığı, FRI'yi doğrular (doğrulayıcı kriterler):

1. Fistül, sinüs veya yara bozulması
2. Yaradan pürülan akıntı veya ameliyat sırasında irin varlığı
3. En az iki ayrı derin doku/implant örneğinden kültürle tespit edilen, fenotipik olarak ayırt edilemeyen patojenler
4. Ameliyat sırasında alınan derin dokuda, histopatolojik inceleme ile doğrulanmış mikroorganizma varlığı.

İpucu niteliğindeki kriterler şunlardır: cilt kızamıklığı, ateş, radyolojik bulgular, yeni başlayan eklem efüzyonu, yüksek serum inflamatuvar belirteçleri, kalıcı, artan veya yeni başlayan yara akıntısı. İpucu niteliğindeki kriterler tespit edilirse, FRI tanısı düşünülmeli ve doğrulayıcı kriterler aranmalıdır.

Derin organ boşluğu enfeksiyonu:

Ameliyattan sonraki 30–90 gün içinde, işlem sırasında müdahale edilen organlarda veya boşluklarda (fasya/kastan daha derin) meydana gelen, drenajdan pürülan akıntı, pozitif mikrobiyoloji bulgusu veya görüntüleme ya da muayenede enfeksiyon kanıtı (örn. apse) ile tanımlanan ve belirli bir organ/boşluk enfeksiyonu kriterlerini karşılayan enfeksiyon. ¹⁷

Ameliyat sonrası pulmoner komplikasyonlar

Ameliyat sonrası pulmoner komplikasyonlar ikincil bir sonuç olacaktır. Bu, ameliyat sonrası pnömoni, akut solunum sıkıntısı sendromu (ARDS) ve beklenmedik ventilasyonun bir bileşimidir. Bu sonuç, PRISM randomize kontrollü çalışmasından uyarlanmıştır. ¹⁸

Postoperatif pnömoni

ABD Hastalık Kontrol Merkezi'nin (CDC) pnömoni tanımı ¹⁹kullanılacaktır; ancak bu tanım, bazı katılımcı merkezlerdeki radyoloji olanaklarının sınırlı olması nedeniyle uyarlanmıştır:

Aşağıdakilerden en az **biri**:

- Başka bir nedeni saptanamayan ateş ($>38^{\circ}\text{C}$).

- Lökopeni (beyaz kan hücresi sayısı $<4 \times 10^9$) veya lökositoz (beyaz kan hücresi sayısı $>12 \times 10^9$).
- 70 yaşın üzerindeki yetişkinlerde, başka bir nedeni saptanamayan zihinsel durum değişikliği.

VE aşağıdakilerden en az **ikisi**:

- Yeni başlayan pürülan balgam veya balgamın karakterinde değişiklik, solunum sekresyonlarında artış veya aspirasyon ihtiyacında artış.
- Yeni başlayan veya kötüleşen öksürük, nefes darlığı veya taşipne.
- Hırıltılar, kreptasyonlar veya bronşiyal solunum sesleri.
- Gaz değişiminin kötüleşmesi (hipoksemi, artan oksijen ihtiyacı).

Mümkün olduğunda tanı, göğüs röntgeni ile doğrulanmalıdır. Aşağıdaki bulgular pnömoniyi doğrular:

- Yeni veya ilerleyici ve kalıcı infiltratlar.
- Konsolidasyon.
- Kavitasyon.

Beklenmedik ventilasyon

Beklenmedik postoperatif ventilasyon şu şekilde tanımlanmıştır:

- Ameliyat sonrası ilk ekstübasyondan sonra herhangi bir non-invaziv ventilasyon, invaziv ventilasyon veya ekstrakorporeal membran oksijenasyon epizodu, **veya**
- Ameliyat sonrası hastanın planlandığı gibi ekstübe edilememesi.

Akut Solunum Sıkıntısı Sendromu

Akut Solunum Sıkıntısı Sendromu (ARDS), pulmoner vasküler geçirgenliğin artmasına, akciğer ağırlığının artmasına ve hipoksemi ile birlikte aerasyonlu akciğer dokusunun kaybına ve bilateral radyografik opasitelere yol açan, akut, yaygın, enflamatuvar bir akciğer hasarıdır. Berlin konsensüs tanımı ²⁰kullanılacaktır:

Akut Solunum Sıkıntısı Sendromu kriterleri - 4 KRİTERİN TÜMÜ GEREKLİDİR	
1. Zamanlama	Bilinen klinik hasarın veya solunum semptomlarının kötüleşmesinin ardından 1 hafta içinde
2. Göğüs görüntüleme	İki taraflı opasiteler (efüzyonlar, kolaps veya nodüllerle tam olarak açıklanamayan).
3. Neden	Solunum yetmezliği (kalp yetmezliği / sıvı yüklenmesi ile tam olarak açıklanamayan).
4. Oksijenasyon	Hafif: $200 \text{ mmHg} < PaO_2/FiO_2 \leq 300 \text{ mmHg}$, PEEP veya CPAP $\geq 5 \text{ cm H}_2\text{O}$ Orta: $100 \text{ mmHg} < PaO_2/FiO_2 \leq 200 \text{ mmHg}$, PEEP $\geq 5 \text{ cm H}_2\text{O}$ Şiddetli: $PaO_2/FiO_2 \leq 100 \text{ mmHg}$, PEEP $\geq 5 \text{ cm H}_2\text{O}$ CPAP: sürekli pozitif hava yolu basıncı; FiO_2 : solunan oksijen fraksiyonu; PaO_2 : arteriyel oksijen kısmi basıncı; PEEP: pozitif ekspiratuar son basınç.

Pulmoner emboli (PE)

Pulmoner emboli (PE)²¹ şu şekilde tanımlanır:

- Görüntüleme ile doğrulanmış semptomatik PE (subsegmental veya daha büyük boyutlu bir pulmoner arterde yeni intralüminal dolum bozukluğu gösteren bilgisayarlı tomografi pulmoner anjiyografi (CTPA); veya PE olasılığı yüksek olan ventilasyon/perfüzyon taraması; veya PE gösteren pulmoner anjiyografi) **veya**
- Otopside saptanan veya klinik ekip tarafından ölüm nedeni olarak değerlendirilen ölümcül PE.

Derin ven trombozu

Derin ven trombozu (DVT)²² şu şekilde tanımlanır: semptomlu veya semptomsuz alt ekstremité derin ven trombozu, aşağıdakilerle kanıtlanmış:

- Popliteal venin trifurkasyonu veya üzerinde sıkıştırılmama durumunu ortaya koyan alt ekstremité ultrasonografisi **veya**
- Popliteal venin üçlü dallanma noktası üzerinde sabit bir intralüminal dolum bozukluğu gösteren bilgisayarlı tomografi (BT) venografisi.

Ameliyat sonrası kardiyak komplikasyonlar

Akut miyokard enfarktüsü

Dördüncü Evrensel Miyokard Enfarktüsü Tanımı (2018) uyarınca, “akut miyokard iskemisinin klinik kanıtı bulunan ve cTn değerlerinde artış ve/veya düşüş saptanan, en az bir değer 99-persantil URL’nin üzerinde olduğu ve aşağıdakilerden en az birinin mevcut olduğu” durumlarda miyokard enfarktüsü (tip 1, 2 ve 3) olarak tanımlanır:

- Miyokardiyal iskemi belirtileri;
- Yeni iskemik EKG değişiklikleri;
- Patolojik Q dalgalarının gelişmesi;
- İskemik etiyolojiyle tutarlı bir paternde, canlı miyokardiyumda yeni kayıp veya yeni bölgesel duvar hareket anormalliklerine dair görüntüleme bulguları;
- Anjiyografi veya otopsi ile koroner trombüsün saptanması (tip 2 veya 3 MI'lar için geçerli değildir)
- İnfarktlı miyokardiyumu besleyen arterde akut aterotrombozun postmortem saptanması, *tip 1 MI* kriterlerini karşılar. Akut aterotrombozla ilişkili olmayan miyokardiyal oksijen arzı ve talebi arasındaki dengesizliğin kanıtı, *tip 2 MI* kriterlerini karşılar. cTN değerleri elde edilmeden veya anormal çıkmadan önce miyokardiyal iskemiye işaret eden semptomları olan ve yeni iskemik EKG değişiklikleri olduğu varsayılan hastalarda kardiyak ölüm, *tip 3 MI* kriterlerini karşılar²³.

Anastomoz sızıntısı

İki içi boş organ arasındaki cerrahi birleşme/anastomozun bütünlüğündeki bozukluk; bu durum, lümen içi ve lümen dışı bölmeler arasında iletişim oluşmasına yol açar.²⁴

Akut böbrek hasarı

Akut böbrek hasarı, aşağıdakilerden herhangi biri olarak tanımlanır. ²⁵

- 48 saat içinde serum kreatinin (SCr) düzeyinde 0,3 mg/dl veya daha fazla artış; veya
- SCr'nin, önceki 7 gün içinde meydana geldiği bilinen veya varsayılan, başlangıç değerinin 1,5 katı veya daha fazla artışı; veya
- 6 saat boyunca idrar hacminin <0,5 ml/kg/saat olması

33.1. ERAS (Ameliyat Sonrası Hızlandırılmış İyileşme): Cerrahi stresi azaltmak, fizyolojik fonksiyonları korumak ve ameliyat sonrası iyileşmeyi hızlandırmak için tasarlanmış, çok yönlü, kanıta dayalı bir perioperatif bakım yoludur. ²⁶

Robotik modülü:

- Robotik Küçük ve Büyük İşlemler:

Uzmanlık	Küçük	Büyük
Genel Cerrahi	Kolesistektomi Kasık fıtığı onarımı	Kolektomi Gastrektomi Pankreatikoduodenektomi
Üroloji	Piyeloplasti Kist dekortikasyonu	Nefrektomi Prostatektomi
Jinekoloji	Salpingo-ooforektomi Endometriozis eksizyonu	Histerektomi ve Sakrokolpopeksi
Kardiyotorasik	Timoektomi Akciğer kama rezeksiyonu	Mitral kapak onarımı Koroner arter baypas ameliyatı Lobektomi
Nöroşirürji	Stereotaktik beyin biyopsisi SEEG elektrot yerleştirilmesi	Beyin tümörü rezeksiyonu Omurga pedikül vidası yerleştirilmesi
Ortopedi	Artroskopi Bağ rekonstrüksiyonu	Total diz artroplastisi Total kalça artroplastisi Omurga pedikül vidası yerleştirilmesi
KBB	Bademcik ameliyatı	Orofaringeal tümörler için transoral robotik cerrahi Tiroidektomi
Meme	Lumpektomi Sentinel lenf düğümü biyopsisi	Mastektomi Latissimus dorsi flebi ile meme rekonstrüksiyonu
Plastik cerrahi	Karpal tünel gevşetme Sinir onarımı	Lenf-venöz anastomoz veya başka bir mikrocerrahi prosedürü Serbest flep rekonstrüksiyonu
Pediyatri	Orkiyopeksi Piloromiyotomi	Piyeloplasti Fundoplikasyon
Vasküler	Varis cerrahisi Venöz trombektomi	Abdominal aort anevrizması onarımı Aorto-iliak baypas

Yukarıdaki liste kapsamlı değildir ve yalnızca az sayıda örnek sunmak amacıyla hazırlanmıştır.

Karın ameliyatı modülü:

- **Eldiven ve alet değişimi:** Ameliyatı gerçekleştiren cerrahlar, asistan cerrahlar ve ameliyat ekibi için steril eldivenlerin (veya çift eldiven kullanılıyorsa dış eldivenlerin) ve iğne tutucu, forseps ve makas dahil aletlerin, ameliyatın karın kısmı tamamlandıktan sonra ancak yara kenarları ve karın kapatma işlemine geçilmeden önce değiştirilmesi.²⁷
- **İleus:** İleus, “mekanik tıkanıklık belirtisi olmaksızın gastrointestinal ilerlemenin engellenmesi nedeniyle oral alım intoleransı” olarak tanımlanır. Bu durum normalde ameliyattan üç ila beş gün sonra başlar ve iki ila üç gün sürer, ardından düzelir.²⁸

Acil Laparotomi modülü:

- **Laparotomi:** Karın boşluğuna erişim sağlamak için karın duvarında bir kesi yapılmasını içeren cerrahi prosedürdür. Kesi, klinik duruma, ilgilenilen anatomik bölgeye ve cerrahın tercihinə bağlı olarak orta hat, paramedian, enine ve diğerleri dahil olmak üzere çeşitli yerlerde yapılabilir. Acil durumlarda, laparotomi kesileri periton boşluğuna hızlı ve kolay erişim sağlar.²⁹

Sezaryen modülü:

- **Postpartum kanama:** Primer postpartum kanama (PPH)³⁰, majör obstetrik kanamaların en yaygın şeklidir. Primer PPH'nin geleneksel tanımı, vajinal doğumdan sonra bebeğin doğumundan sonraki 24 saat içinde genital sistemden 500 ml veya daha fazla kan kaybı ve sezaryen doğumdan sonra 1000 ml kan kaybıdır. PPH, hafif (500–1000 ml) veya majör (1000 ml'den fazla) olabilir. Majör kanama, orta dereceli (1001–2000 ml) ve şiddetli (2000 ml'den fazla) olarak alt gruplara ayrılabilir. İkincil PPH, doğumdan sonraki 24 saat ile 12 hafta arasında doğum kanalından meydana gelen anormal veya aşırı kanama olarak tanımlanır.

- **Apgar Skoru**

Apgar skoru, doğumdan hemen sonra yenidoğanın klinik durumunun standart bir değerlendirmesidir. Beş bileşene (ten rengi, kalp atış hızı, refleksler, kas tonusu ve solunum) dayalı olarak her biri 0 ile 2 arasında puanlanır ve toplam skor 0 ile 10 arasında değişir; doğumdan 1 ve 5 dakika sonra rapor edilir.³¹

Skor	0	1	2
Renk	Mavi veya Soluk	Akrosiyanotik	Tamamen pembe
Kalp atış hızı	Yok	<100 bpm	>100 bpm
Refleks irritabilitesi	Yanıt yok	Yüz buruşturma	Ağlama veya aktif geri çekilme
Kas tonusu	Gevşek	Biraz bükülme	Aktif hareket
Solunum	Yok	Zayıf Ağlama; Hipoventilasyon	İyi, ağlıyor

Kırık modülü:**- Gustillo-Anderson Sınıflandırması**

Yaralanma mekanizması, yumuşak doku hasarının boyutu ve kontaminasyon veya vasküler yaralanma varlığına göre açık kırıkları sınıflandırmak için kullanılan sistem.³²

Bu sınıflandırma, açık kırıkları üç ana türe ayırır:

- Tip I: Temiz yara, <1 cm, minimal yumuşak doku hasarı.
- Tip II: Yara >1 cm, orta derecede yumuşak doku hasarı, yaygın hasar, flep veya kopma yok.
- Tip III: Yaygın yumuşak doku hasarı, yüksek enerjili travma veya ciddi kontaminasyon; alt tipleri şunlardır:
 - IIIA: Yaygın yaralanmaya rağmen yeterli yumuşak doku örtüsü.
 - IIIB: Periost soyulması ve kemik açığa çıkmasıyla birlikte yaygın yumuşak doku kaybı; genellikle flep ile kaplama gerektirir.
 - IIIC: Acil onarım gerektiren arteriyel yaralanma ile ilişkili.

Kaynakça

1. ASA Temsilciler Meclisi. ASA fiziksel durum sınıflandırma sistemi. 2014.
<https://www.asahq.org/resources/clinical-information/asa-physical-status-classification-system>. (erişim tarihi: 10 Mart 2018)
2. Kanada Sağlık ve Yaşlanma Çalışması, 2008'de revize edilmiştir.
3. K. Rockwood ve ark. Yaşlılarda zindelik ve kırılabilirliğin küresel bir klinik ölçümü. CMAJ 2005;173:489-495.
4. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW ve ark. *Sepsis ve Septik Şok için Üçüncü Uluslararası Konsensüs Tanımları (Sepsis-3)*. JAMA. 2016;315(8):801-810.
5. Cecconi M, De Backer D, Antonelli M ve ark. *Dolaşım şoku ve hemodinamik izleme üzerine konsensüs. Avrupa Yoğun Bakım Tıbbi Derneği Görev Gücü*. Intensive Care Med. 2014;40(12):1795-1815.
6. Dünya Sağlık Örgütü. "Kanser." WHO Bilgi Formları; ve DeVita, Hellman ve Rosenberg'in Kanser: Onkolojinin İlkeleri ve Uygulamaları
7. Ulusal Kanser Enstitüsü. *NCI Kanser Terimleri Sözlüğü*. Erişim adresi: <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms>
8. Dünya Sağlık Örgütü. *Palyatif bakım* [İnternet]. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
9. NHS İşverenleri. *Danışman rolü ve sorumlulukları*.
10. Genel Tıp Konseyi. *İyi tıbbi uygulama*. Erişim adresi: <https://www.gmc-uk.org/ethical-guidance/ethical-guidance-for-doctors/good-medical-practice>
11. Dünya Sağlık Örgütü. *WHO Güvenli Cerrahi Kılavuzları 2009: Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır*. Cenevre: WHO; 2009.
12. İngiltere Kraliyet Cerrahlar Koleji. *İyi Cerrahi Uygulamalar*. Londra: RCS Eng; 2014.
13. Yin V, Cobb JP, Wightman SC, Atay SM, Harano T, Kim AW. Hastalık Kontrol Merkezi (CDC) Yara Sınıflandırması, Ameliyat Sonrası 30 Gün İçinde Yeniden Hastaneye Yatışın Prognostik Bir Göstergesidir. World J Surg. Ekim 2023;47(10):2392-2400.
14. Jinekolojik İşlemler Sonrası Enfeksiyonun Önlenmesi: ACOG Uygulama Bülteni, Sayı 195. Obstetrics & Gynecology 131(6):s. e172-e189, Haziran 2018.
15. Chan D ve ark. Girişimsel Radyoloji Derneği; Perioperatif Kayıtlı Hemşireler Derneği. Vasküler ve Girişimsel Radyoloji İşlemleri Sırasında Steril Teknik İçin Ortak Uygulama Kılavuzu: Girişimsel Radyoloji Derneği, Perioperatif Kayıtlı Hemşireler Derneği ve Radyoloji ve Görüntüleme Hemşireliği Derneği tarafından, Girişimsel Radyoloji Derneği [düzeltilmiş] Uygulama Standartları Komitesi adına hazırlanmış ve Avrupa Kardiyovasküler Girişimsel Radyoloji Derneği ile Kanada Girişimsel Radyoloji Derneği tarafından onaylanmıştır. J Vasc Interv Radiol. Aralık 2012;23(12):1603-12. doi: 10.1016/j.jvir.2012.07.017. Düzeltme: J Vasc Interv Radiol. 2013 Nisan;24(4):608.
16. Clavien P, Barkun, J, de Oliveira, ML, Vauthey, JN, Dindo, D, Schulick, RD, de Santibañes, E, Pekolj, J, Slankamenac, K, Bassi, C, Graf, R, Vonlanthen, R, Padbury, R, Cameron, JL, Makuuchi, M. Cerrahi komplikasyonların Clavien-Dindo sınıflandırması: beş yıllık deneyim. Annals of Surgery. 2009;250(2):187-96.

17. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri. *Ulusal Sağlık Güvenliği Ağı (NHSN) Hasta Güvenliği Bileşeni Kılavuzu: Cerrahi Alan Enfeksiyonu (SSI) Olayı*. Atlanta: CDC
18. Pearse, R.M. ve ark., Cerrahi Tedavi Sonrası Solunum Yetmezliğinin Önlenmesi (PRISM) Çalışması. Büyük karın cerrahisi sonrası solunum komplikasyonlarını önlemek ve hayatta kalma oranını artırmak amacıyla CPAP kullanımına yönelik pragmatik randomize kontrollü bir çalışmanın protokol raporu. *Minerva Anestesi*, 2017. 83(2): s. 175-182.
19. Jain V, Vashisht R, Yılmaz G, ve ark. Pnömoni Patolojisi. [31 Temmuz 2023 tarihinde güncellenmiştir]. İçinde: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; Ocak 2025-. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526116/>
20. ARDS Tanım Çalışma Grubu, Ranieri V, Rubenfeld, GD, Thompson, BT, Ferguson, ND, Caldwell, E, Fan, E, Camporota, L, Slutsky, AS. Akut solunum sıkıntısı sendromu: Berlin Tanımı. *JAMA*. 2012;307(23):2526-33.
21. van der Hulle T, Cheung WY, Kooij S, Beenen LFM, van Bommel T, van Es J, ve ark. Pulmoner emboli şüphesinin basitleştirilmiş tanısal yönetimi (YEARS çalışması): prospektif, çok merkezli, kohort çalışması. *Lancet*. 15 Temmuz 2017;390(10091):289-297.
22. Shalhoub J, Lawton R, Hudson J, Baker C, Bradbury A, Dhillon K, ve ark. Elektif cerrahi hastalarında farmakolojik tromboz profilaksisine yardımcı olarak kademeli kompresyon çorapları (GAPS çalışması): randomize kontrollü çalışma. *BMJ*. 13 Mayıs 2020;369:m1309.
23. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Chaitman BR, Bax JJ, Morrow DA, ve ark. Miyokard Enfarktüsünün Dördüncü Evrensel Tanımı (2018). *Circulation*. 2018;138(20):e618-e51.
24. Rahbari NN, Weitz J, Hohenberge W ve ark. Rektumun anterior rezeksiyonunu takiben anastomoz sızıntısının tanımı ve derecelendirilmesi: Uluslararası Rektum Kanseri Çalışma Grubu'nun önerisi. *Surgery*. 2010; 147(3):339-351
25. KIDGO, KDIGO Akut Böbrek Hasarı Klinik Uygulama Kılavuzu, 2012, www.kidney-international.org
26. ERAS® Derneği. *Perioperatif bakım kılavuzları* [Internet]. Erişim adresi: <https://erassociety.org>
27. ChEETAh Deneme İşbirliği. *Karın yaralarının kapatılması sırasında steril eldiven ve alet değişiminin cerrahi alan enfeksiyonu üzerindeki etkisi (ChEETAh): uluslararası, çok merkezli, küme randomize deneme*. *Lancet*. 2022;400:1767–1776.
28. Beach EC, De Jesus O. İleus. [23 Ağustos 2023 tarihinde güncellenmiştir]. İçinde: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; Ocak 2025-. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558937/>
29. Frassini S, ve ark. ECLAPTE: Acil Durumlarda Laparotominin Etkili Kapatılması – 2023 Dünya Acil Cerrahi Derneği'nin acil durumlarda laparotominin kapatılmasına ilişkin kılavuzları. *World J Emerg Surg*. 26 Temmuz 2023;18(1):42. doi: 10.1186/s13017-023-00511-w. Düzeltme: *World J Emerg Surg*. 27 Kasım 2023;18(1):52. doi: 10.1186/s13017-023-00522-7.
30. DSÖ. PPH'nin önlenmesi ve yönetimi kılavuzu. <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/operational-guidance/BRN-MN-32-03-OPERATIONALGUIDANCE-eng-Prevention-Management-PPH.pdf>

31. Amerikan Pediatri Akademisi Fetus ve Yenidoğan Komitesi: Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Koleji Obstetrik Uygulama Komitesi. Apgar Skoru. Pediatrics. Ekim 2015;136(4):819-22. doi: 10.1542/peds.2015-2651.
32. Yim GH, Hardwicke JT. Gustilo ve Anderson Sınıflandırmasının Gelişimi ve Yorumlanması. J Bone Joint Surg Am. 19 Aralık 2018;100(24):e152. doi: 10.2106/JBJS.18.00342. PMID: 30562299.

Ek D: İstatistiksel Analiz Planı

SurgWeek-2 çalışmasının birincil amacı, ameliyattan sonraki 30. günde Clavien-Dindo derecesine göre ölçülen komplikasyonları değerlendirmektir. İkincil sonuçlar arasında ameliyat sonrası 30. günde görülen mortalite, ameliyat sonrası 30. günde görülen cerrahi alan enfeksiyonu, ameliyat sonrası 30. günde görülen pnömoni, ameliyat sonrası 30. günde görülen pulmoner emboli ve derin ven trombozu, ameliyat sonrası 30. günde görülen kardiyak komplikasyonlar ile ameliyat sonrası 30. günde hastanede kalınmayan gün sayısı yer alacaktır. Ek C'de bu sonuçlara ilişkin ayrıntılı tanımlar bulunmaktadır. Analiz, gelir durumuna, acil ve elektif ameliyatlara ve uzmanlık alanlarına göre hastalar arasındaki komplikasyon oranlarının karşılaştırılmasına dayalı olacaktır.

Çalışma, STROBE (Epidemiyolojide Gözlemsel Çalışmaların Raporlanması'nın Güçlendirilmesi) ve SAMPL (Yayımlanmış Literatürde İstatistiksel Analizler ve Yöntemler) kılavuzlarına göre yürütülecektir. Parametrik olmayan veriler medyanlar ve çeyrekler arası aralıklarla özetlenecek ve gruplar arasındaki farklar Mann-Whitney U testi kullanılarak test edilecektir. Kategorik veriler için χ^2 testi kullanılacaktır. Eksik veriler akış şemalarına ve özet tablolara dahil edilecek ve böylece hesaplamalarda paydaların tutarlı kalması sağlanacaktır.

Birincil ve ikincil sonuç ölçütleriyle olan ilişkileri incelemek üzere hiyerarşik çok değişkenli, karışık etkili lojistik regresyon kullanılacak ve sonuçlar oran oranları (odds ratio) ve %95 güven aralıkları (C.I.) olarak özetlenecektir. Ameliyat sonrası olumsuz sonuçların bağımsız belirleyicilerini tespit etmek amacıyla, klinik açıdan makul görülen hasta, hastalık, ameliyat ve bölgeye özgü faktörler, düzeltilmiş analizlere dahil edilmek üzere önceden seçilmiştir.

Dünya çapında yaklaşık 1000 hastaneden, hastane başına medyan 100 hasta (hastane başına ortalama beş mini ekip ve mini ekip başına 20 hasta) olmak üzere katılım sağlanmasını öngörmekteyiz; bu da 100.000 hastalık bir örneklem büyüklüğü tahmini sunmaktadır. Bu tahmin, NIHR Küresel Sağlık Araştırma Birimi tarafından Küresel Cerrahi konusunda gerçekleştirilen önceki çalışmalara dayanmaktadır.⁽¹⁻⁴⁾ Analizler, R Vakfı İstatistik Programı sürüm 3.1.1 (paketler: finalfit, tidyverse) kullanılarak gerçekleştirilecektir.

Kaynakça:

1. Naluyimbazi R, Fitzgerald TN. Elektif cerrahi bakımın bir göstergesi olarak fıtık onarımı. The Lancet Global Health. 2024;12(7):e1069-e70.
2. COVIDSurg İşbirliği. COVID-19 pandemisi nedeniyle elektif cerrahi iptalleri: cerrahi iyileşme planlarına yön verecek küresel tahmin modellemesi. Br J Surg. 2020;107(11):1440-9.
3. COVIDSurg İşbirliği, GlobalSurg İşbirliği. SARS-CoV-2 enfeksiyonunu takiben cerrahi zamanlaması: uluslararası prospektif kohort çalışması. Anaesthesia. 2021;76(6):748-58.
4. Glasbey JC, Nepogodiev D, Simoes JFF, Omar O, Li E, Venn ML, vd. SARS-CoV-2 Pandemisi Sırasında COVID-19'dan Etkilenmeyen Cerrahi Yollarda Elektif Kanser Cerrahisi: Uluslararası, Çok Merkezli, Karşılaştırmalı Bir Kohort Çalışması. J Clin Oncol. 2021;39(1):66-78.

Ek E: Çalışma onay süreçleri – Birleşik Krallık denetim standartları

Birleşik Krallık'ta çalışmanın bir denetim veya hizmet değerlendirmesi olarak kaydedilmesini öneririz. Birleşik Krallık'ta değerlendirmemizi yapacağımız denetim standartları şunlardır:

1. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi kullanımı
 - a. DSÖ Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi, tüm cerrahi uzmanlık alanlarında ve küresel bağlamda mortaliteyi azalttığı kanıtlanmış tek müdahalelerden biridir. Bu nedenle, Birleşik Krallık'taki tüm ameliyatlarda bu listenin kullanımını değerlendireceğiz.⁽¹⁾
 - b. Denetim standardı: %100
2. Sepsisli hastalarda antibiyotik başlama süresi
 - a. Ameliyat sonrası ölümlerin çoğu sepsis veya kanamaya atfedilebilir.⁽²⁾ Septik şok geçiren hastalarda hastane içi mortalite oranı %40-60'a yaklaşmaktadır. Sepsis ile başvuran cerrahi hastalar yaygındır ve bu hastalar sıklıkla cerrahi müdahalelerle kaynak kontrolüne ihtiyaç duyarlar.⁽³⁾ Ancak bundan önce, Sepsis 6 paketi, sepsisin teşhis edilmesinden sonraki bir saat içinde antibiyotik verilmesini önermektedir.⁽⁴⁾ Ulusal Acil Laparotomi Denetimi (NELA) verileri, hastaların yalnızca %15,4'ünün bir saat içinde antibiyotik aldığını göstermektedir; ancak tüm uzmanlık alanlarını kapsayan Birleşik Krallık çapında verilere sahip değiliz.⁽⁵⁾
 - b. Bu nedenle, sepsis ile başvuran hastalar arasında, başvuru tarihinden itibaren 1 saat içinde intravenöz antibiyotik alanların oranını değerlendireceğiz.
 - c. Denetim standardı: %100
3. NCEPOD müdahale sınıflandırması
 - a. Ulusal Hasta Sonuçları ve Ölümleri Gizli Soruşturması (NCEPOD), perioperatif ölümlerle ilgili endişelere yanıt vermek amacıyla kurulmuştur. Daha sonra bu konu hakkında çok sayıda rapor yayınlamıştır. Özellikle mesai saatleri dışında yapılan ameliyatlardaki gecikmelerin morbidite ve mortalite artışıyla bağlantılı olduğu kabul edildiğinden, cerrahi müdahalelerin zamanlamasına ilişkin bir çerçeve oluşturmuştur.⁽⁶⁾
 - b. Bu nedenle, acil yatışların ameliyathaneye giriş sürelerini, hastanın ameliyathaneye alınma rezervasyonu yapıldığı sırada girilen NCEPOD sınıflandırmasıyla karşılaştıracğız.
 - c. Denetim standardı: %100

Hizmet değerlendirme bölümü, mevcut klinik uygulamaları açıklayacak, NHS'de robotik cerrahinin benimsenme düzeyini ve sonuçlarını değerlendirecek ve aşağıdakileri açıklayacaktır:

- Katılımcı hastanelerde robotik cerrahi platformlarının mevcudiyeti ve kullanımı
- Robotik cerrahi geçiren hastaların özellikleri
- Cerrahi yaklaşımlar (robotik, açık cerrahi ve diğer minimal invaziv teknikler) arasındaki sonuçların (postoperatif mortalite, komplikasyonlar ve yeniden ameliyat) karşılaştırılması

Bu analiz, yeni bir müdahaleyi test etmek veya klinik bakımda değişiklikler getirmek yerine, mevcut uygulama kalıplarını tanımlamak ve cerrahi yaklaşımlar arasında sonuçları karşılaştırmak amacıyla yapılmaktadır.

Kaynakça:

1. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, vd. Küresel popülasyonda morbidite ve mortaliteyi azaltmaya yönelik bir cerrahi güvenlik kontrol listesi. N Engl J Med. 2009;360(5):491-9.
2. NIHR Küresel Cerrahi Küresel Sağlık Araştırma Birimi. Düşük ve orta gelirli ülkelerde karın cerrahisi sonrası ölüm mekanizmaları ve nedenleri: FALCON denemesinin ikincil analizi. Lancet Glob Health. 2024;12(11):e1807-e15.
3. Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü. Sepsis 2024 [Erişim adresi: <https://cks.nice.org.uk/topics/sepsis/>].
4. Sepsis Trust. Sepsis tarama aracı akut değerlendirme 2024 [Erişim adresi: <https://sepsistrust.org/wp-content/uploads/2024/08/SEPSIS-Trust-Screening-Acute-Tool-Kits-16-2024.pdf>].
5. NELA Denetimi. Ulusal Acil Laparotomi Denetimi Onuncu Hasta Raporu ÖZET 2024 [Erişim adresi: <https://roa.ac.uk/sites/default/files/documents/2025-09/NELA-ExecSumm2024.pdf>].
6. Hasta Sonuçları ve Ölümüne İlişkin Ulusal Gizli Soruşturma. NCEPOD Müdahale Sınıflandırması 2004 [https://www.ncepod.org.uk/classification.html adresinden erişilebilir]

NHS Sağlık Araştırma Kurumu "Bu çalışma benim araştırmam mı?" aracı sonucu

07/01/2026, 11:26

Sonuç - Araştırma DEĞİLDİR

Doğrudan içeriğe git.





Çalışmam bir araştırma mı?

i Sonucunuzu başlık ve IRAS Proje Kimliği ile birlikte yazdırmak için lütfen aşağıya bilgilerinizi girin:

Araştırmanızın başlığı:

SurgWeek-2: Ameliyat sonrası komplikasyonların küresel yükünün belirlenmesi: uluslararası prospektif kohort çalışması protokolü

IRAS Proje Kimliği (varsa):

Seçtiğiniz seçenek:

- "Hayır"** - Çalışmanıza katılanlar farklı gruplara rastgele dağıtılıyor mu?
- "Hayır"** - Çalışma protokolünüz, katılımcı hastaların herhangi biri için kabul görmüş standartlardan farklı bir tedavi/hasta bakımı gerektiriyor mu?
- "Hayır"** - Bulgularınız genelleştirilebilir mi?

Çalışmanız, NHS tarafından Araştırma olarak değerlendirilmeyecektir.

Yine de başka onaylara ihtiyacınız olabilir.

Daha fazla tavsiyeye ihtiyaç duyan araştırmacılar (örneğin, bu aracın sonucundan emin olmayanlar), öncelikle Ar-Ge ofisleriyle veya sponsorlarıyla ya da çalışmanızı görüşmek üzere **HRA** ile iletişime geçmelidir. HRA'ya danışmak için, projenin amacını özetleyen bir taslak (en fazla bir sayfa) gönderin, yöntem, katılımcı türü ve planlanan yerin yanı sıra bu sonuç sayfasının bir kopyası ile daha fazla tavsiyeye ihtiyaç duyduğunuz karar(lar)ın ilgili hususlarına dair bir özetini HRA Sorular Hattı'na (Queries@hra.nhs.uk) gönderin.

Daha fazla bilgi için lütfen [Araştırmanın Tanımlanması](#) tablosunu ziyaret edin.

[Yeniden başlamak için bu bağlantıyı takip edin.](#)

[Bu Sayfayı Yazdır](#)

NOT: Internet Explorer kullanıyorsanız lütfen tarayıcınızın yazdırma işlevini kullanın.

Bu araç hakkında

Geri Bildirim

İletişim Sözlük

Erişilebilirlik

Birmingham Üniversitesi Hastaneleri NHS Vakfı Denetim onayı (CARMS)

Audit title	Surgical outcomes and national/international surgical benchmarks
Audit Code	CARMS 24253

Your audit has now been registered with the Clinical Audit Team and will appear on the [Clinical Audit Registration and Management System](#) (CARMS).

Please ensure that you log on to the system to update it with any progress made. Once your audit is completed you will need to log in to the system and update your audit status to complete. You will also be required to input your 'key' findings and any recommendations (if applicable) that may have come out of the audit.

Please note that all recommendations will be monitored and you be required to update the progress made on each recommendation (action). Also the person nominated for the action will be alerted so ensure you liaise with them appropriately.

This audit code must be quoted to the Medical Records department (ext 8171/8172) or Health Informatics (<http://charon/Requests/>) if you wish to use their services in connection with this audit.

Please only request notes if you will definitely need to view them, as the Medical Records department have limited space and capacity. If you request patient identifiable data from Informatics, this can only be sent to UHB (@uhb.nhs.uk) or nhs.net email accounts.

If you have any queries please contact ClinicalAudit@uhb.nhs.uk.

Thank You

C.A.R.M.S.

Clinical Audit & Registration Management System

Ek F: REDCap çevrimiçi veri toplama

Veriler, Research Electronic Data Capture (REDCap) web uygulamasını çalıştıran güvenli bir sunucu aracılığıyla çevrimiçi olarak toplanacak ve saklanacaktır. REDCap, işbirliği yapanların verileri güvenli bir sisteme girip saklamasına olanak tanır. REDCap sunucusu, Birleşik Krallık'taki Birmingham Üniversitesi tarafından yönetilmektedir. Veritabanına yalnızca anonimleştirilmiş veriler yüklenecektir. Hastaların kimlik bilgilerini içeren hiçbir veri toplanmayacaktır.

Birmingham Üniversitesi'ndeki REDCap veritabanları, aşağıdakiler de dahil olmak üzere birçok uluslararası çalışmada başarıyla kullanılmıştır:

- CovidSurg Çalışması (85 ülkede 1.040 katılımcı merkez), referans: COVIDSurg Collaborative. *Perioperatif SARS-CoV-2 enfeksiyonu olan ve ameliyat geçiren hastalarda mortalite ve pulmoner komplikasyonlar: uluslararası bir kohort çalışması*. Lancet. 2020;396(10243):27-38. doi:10.1016/S0140-6736(20)31182-X.
- Avrupa Koloproktoloji Derneği 2017 Sol Kolon ve Rektal Rezeksiyon Çalışması (49 ülkede 335 katılımcı merkez), referans: 2017 Avrupa Koloproktoloji Derneği (ESCP) İşbirliği Grubu. *2017 Avrupa Koloproktoloji Derneği (ESCP) sol kolon, sigmoid ve rektal rezeksiyonlara ilişkin uluslararası anlık denetim - Yönetici Özeti*. Colorectal Dis. 2018;20.
- Sağ İlyak Fossa Tedavi Çalışması (5 ülkede 290 katılımcı merkez), referans: West Midlands Araştırma İşbirliği adına RIFT Çalışma Grubu. *Apandisit riski düşük olan çocukların belirlenmesi: sağ iliak fossa ağrısı ile başvuran çocuklarda risk tahmin modellerinin sistematik derlemesi ve prospektif, çok merkezli geçerlilik çalışması*. Lancet Child Adolesc Health 2020; 4: 271–80.

SurgWeek-2 çalışması için kullanılan REDCap veritabanı, fiziksel olarak güvenli hale getirilmiş Birmingham Üniversitesi Sanal Makine mimarisi içinde yer alan NIHR Küresel Cerrahi Küresel Sağlık Araştırma Birimi tarafından işletilmektedir. Bu mimarinin sorumluluğu, Birmingham, Edgbaston, B15 2TT adresindeki Birmingham Üniversitesi'ne bağlı Depolama ve Sanallaştırma Ekibine aittir. Veritabanı sunucusunda "bekleme modunda" şifreleme uygulanmaktadır. Ham veriler Birmingham tesisinde depolanacak ve burada kalacaktır; başka hiçbir yere aktarılmayacaktır. Tesis fiziksel olarak güvenlidir. Sanal barındırma hizmeti, sunucu, ağ ve depolama altyapısı için fiziksel yedeklilik kullanılarak tek bir arıza noktası olmayacak şekilde tasarlanmıştır. Sanal sunucu yazılımı, ana bilgisayar olarak adlandırılan fiziksel sunucular arasında sanal makinelerin canlı geçişini desteklemektedir. Canlı taşıma, sunucu yükünü mevcut altyapı üzerinde dengelemek amacıyla otomatik olarak gerçekleştirilir. Fiziksel sunucu arızası durumunda sanal makine, başka bir ana bilgisayarda otomatik olarak yeniden başlatılır. Ana bilgisayar bakımı veya sanal sunucu yazılımının müdahaleci bakımı sırasında, hizmet kesintisini önlemek için sanal makineler manuel olarak taşınır. Tüm fiziksel altyapı izlenir ve herhangi bir arıza durumunda sistem personeline otomatik uyarılar gönderilir. Tüm sanal makineler tek bir fiziksel sunucuya değil, sanal makinelerin otomatik olarak canlı taşınabildiği bir dizi ana bilgisayara kurulmuştur. Bu nedenle, makinemizin tek bir fiziksel konumu bulunmadığından, fiziksel olarak

güvenli kabul edilebilir. Tüm fiziksel altyapı ve sanal sunucu yazılımı, Birmingham Üniversitesi BT Hizmetleri tarafından yönetilmektedir. Tüm fiziksel altyapı izlenmekte ve herhangi bir arıza durumunda sistem personeline otomatik uyarılar gönderilmektedir.

Çalışmanın REDCap veritabanı sisteminin güvenliği, Genel Veri Koruma Yönetmeliği (GDPR) gerekliliklerine uygun olarak Birleşik Krallık'taki Birmingham Üniversitesi'nin politikalarına tabidir. Çalışma, ülkeye özgü veri koruma gerekliliklerine uygun olarak işbirliği yapılan merkezlerde yürütülecektir. Veri toplama işlemi tamamlandıktan sonra, anonimleştirilmiş verileri içeren elektronik araştırma dosyaları, mevcut yönetmeliklere uygun olarak en fazla 25 yıl süreyle ağa bağlı olmayan güvenli masaüstü bilgisayarlarda saklanacaktır. Erişim, yalnızca araştırmacılarla sınırlı olacaktır. Kişisel veriler, yerel hastanelerde güvenli bir şekilde saklanacaktır.

Veritabanında hassas veya kimlik belirleyici hiçbir veri toplanmayacaktır; hastanın klinik ekibi yalnızca anonimleştirilmiş verileri yükleyecektir. Verilere erişim kısıtlanacak olup, SurgWeek-2 için veri girecek her bir işbirlikçi, kendine ait kullanıcı adı ve şifreye sahip olacaktır. Her hastaya kayıt sırasında benzersiz bir çalışma numarası atanacaktır. Merkezi araştırma ekibi, hastanın kimliğini belirleyebilecek verilere hiçbir şekilde erişemeyecektir. Tüm iletişimde bu numara tanımlayıcı olarak kullanılacaktır. Tüm veriler analiz edilecek ve özet formatında raporlanacaktır. Hastane düzeyinde hiçbir veri raporlanmayacaktır. Hiçbir birey tanımlanabilir olmayacaktır. Çalışma kapsamında üretilen anonimleştirilmiş veriler, Birleşik Krallık'taki Birmingham Üniversitesi'nde merkezi olarak saklanacak ve Omar Omar (Birmingham Üniversitesi Kıdemli İstatistikçi) tarafından analiz edilecektir.

Ek G: Operasyonel Uygulama

Ulusal liderler: Bu grup, önceki GlobalSurg ve CovidSurg çalışmalarında oluşturulan cerrahlar ve anesteziistlerden oluşan bir ağdan oluşacaktır. Bu kişiler, çalışmanın ulusal koordinasyonundan sorumludur. Spesifik rolleri arasında şunlar yer alacaktır

- Mini ekipler / Hastane Liderleri ile yönlendirme komitesi arasında bağlantı görevi görmek
- Kendi ülkelerinde çalışmanın yaygınlaştırılması ve diğer NIHR Küresel Cerrahi İşbirliği Birimi faaliyetlerine aktif katılım
- Yönlendirme komitesi ve yerel işbirlikçilerle etkili ve duyarlı iletişim kurmak
- Kendi ülkelerindeki hastanelerin çalışmaya dahil edilmesini sağlamak
- Hastane liderleri ve ekiplerinin kayıt altına alınması
- Gerekirse ulusal etik veya düzenleyici onayların alınması

Hastane Sorumlusu: Bu kişi, her bir merkezde veri toplama için tek bir irtibat noktası olacak ve merkez yönetimi, kayıt işlemleri ile yerel işbirliği ekipleri arasındaki koordinasyonun genel sorumluluğunu üstlenecektir. Bu kişi, bir danışman veya kıdemli klinisyen olmalıdır. Bu çalışmada Hastane Sorumlusu olarak yazarlık için asgari gereklilikler şunlardır

- Çalışmanın yürütülmesi için yerel onayların alınması (örn. denetimin kaydı, verilerin REDCap'e yüklenmesi için Caldicott guardian izninin alınması, uygun olduğu durumlarda protokolün Etik Komisyonu'na sunulması)
- Merkezdeki tüm yerel işbirliği ekipleri arasındaki devir teslimin koordinasyonu
- Hastane eş liderlerinin belirlenmesi
- Çalışmadan elde edilen yerel sonuçların kendi merkezlerinde yaygınlaştırılmasına ve sunulmasına katılım (veya kendi adına sunum yapması için başka bir işbirlikçinin ayarlanması)

Hastane eş liderleri: Bunlar, her hastanede veri toplama için başlıca irtibat noktası olacaktır. Hastane liderine, mini ekiplerde yer alacak yerel işbirlikçileri belirlemede destek olacak ve mini ekiplerin hastaları belirlemesine ve veri toplamasına yardımcı olacaktır. Bu kohort çalışmasının çıktılarına ilişkin yazarlık için asgari gereklilikler şunlardır:

- Yerel denetim onay süreçlerine ve veri yönetim politikalarına uyum.
- Mini ekiplerin oluşturulması ve katılımına aktif olarak dahil olmak
- Sonuçların denetim ofisine / klinik birime raporlanmasını sağlamak için hastane lideri ile işbirliği yapmak

Yerel İşbirlikçiler (Veri Toplayıcılar): Bu, kendi hastanelerindeki tek bir uzmanlık alanı veya birden fazla uzmanlık alanı içinde bir haftalık süre boyunca veri toplamaktan sorumlu, en fazla 3 kişiden oluşan bir ekibi kapsayacaktır. İdeal ekip, farklı klinik eğitim seviyelerinde bulunan heterojen bir grup olacaktır (örn. tıp öğrencileri, stajyerler, uzman doktorlar). Bu kohort çalışmasının çıktılarına yazarlık yapabilmek için asgari gereklilikler şunlardır:

- Yerel denetim onay süreçlerine ve veri yönetim politikalarına uyum.
- Veri toplama ve bu verilerin REDCap'e yüklenmesi süreçlerine aktif katılım
- Sonuçların denetim ofisine / klinik birime raporlanmasını sağlamak için bölgesel / yerel liderle işbirliği yapmak