

**Checklist per la sicurezza in sala operatoria**

Ingresso in sala (Sign In) ----->	Prima dell'incisione cute (Time Out) ---->	Prima che il pz esca dalla S.O.(Sign Out)--->
<b>I nove controlli da effettuare prima dell'induzione dell'anestesia</b>	<b>I sei controlli da effettuare prima dell'incisione della cute</b>	<b>I sei controlli da effettuare prima che il paziente abbandoni la sala operatoria</b>
<input type="checkbox"/> 1) Il paziente ha confermato: <input type="checkbox"/> Nome, Cognome e data di nascita <input type="checkbox"/> Sito chirurgico <input type="checkbox"/> Procedura (tipo intervento) <input type="checkbox"/> Consensi: chirurgico - emocomponenti anestesiológico - CVC <input type="checkbox"/> 2) Il sito di intervento è stato marcato// non applicabile <input type="checkbox"/> 3) Controlli per la sicurezza dell'anestesia completati <input type="checkbox"/> 4) Posizionamento del Pulsossimetro sul paziente e verifica del corretto funzionamento <b>Identificazione dei rischi del paziente:</b> <input type="checkbox"/> 5) Allergie: <input type="checkbox"/> SI ..... <input type="checkbox"/> NO ..... <input type="checkbox"/> 6) Digiuno <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 7) Difficoltà di gestione delle vie aeree o rischio di aspirazione <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI : strumentazione/assistenza disponibile <input type="checkbox"/> 8) Rischio di Perdita ematica > 500 ml (7 ml/Kg nei Bambini)? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI : l'accesso venoso è adeguato e i fluidi sono disponibili <input type="checkbox"/> 9) La profilassi antibiotica è stata eseguita negli ultimi 60 minuti? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Non applicabile	<input type="checkbox"/> 1) Tutti i componenti dell'equipe si sono presentati con il proprio nome e funzione <input type="checkbox"/> 2) Il chirurgo, l'anestesista e l'infermiere hanno confermato: <input type="checkbox"/> Identità del paziente <input type="checkbox"/> Sito e procedura chirurgica <input type="checkbox"/> Corretto posizionamento <input type="checkbox"/> Controllo decubiti articolari <b>Anticipazione di eventuali criticità o preoccupazioni</b> <input type="checkbox"/> 3)chirurgo: <input type="checkbox"/> Durata dell'intervento <input type="checkbox"/> Rischio di perdita di sague <input type="checkbox"/> Eventuali eventi critici <input type="checkbox"/> Problemi relativi ai dispositivi e/o attrezzature chirurgiche <input type="checkbox"/> 4) anestesista: Specificità riguardanti il paziente scala ASA <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> Eventuali eventi critici <input type="checkbox"/> 5) Infermiere: E' stata verificata la sterilità I risultati degli indicatori sono nella norma - Adesivo <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no Ci sono eventuali problemi relativi ai dispositivi e/o altre preoccupazioni <input type="checkbox"/> 6) Le immagini diagnostiche sono state visualizzate? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Non applicabile	<b>L'infermiere conferma verbalmente insieme ai componenti dell'equipe:</b> <input type="checkbox"/> 1) denominazione e codice/i della procedura chirurgica eseguita è corretta. <input type="checkbox"/> 2) Il conteggio finale delle garze, bisturi, aghi e altro strumentario chirurgico, è risultato corretto. <input type="checkbox"/> 3) I pezzi istologici, con il relativo contenitor e richiesta, sono stati etichettati con l'identità del Paziente e descrizione dei campioni. <input type="checkbox"/> 4) Eventuali problemi delle apparecchiature dei dispositivi medici sono stati segnalati. <input type="checkbox"/> 5) Chirurgo, anestesista e infermiere revisionano gli aspetti importanti e gli elementi critici per la gestione dell'assistenza post-operatoria. <input type="checkbox"/> 6) Piano per la profilassi del tromboembolismo post-operatorio. <b>Dati del paziente</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F N.° Cartella <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cognome _____ Nome _____ Data di nascita ____/____/_____ <b>Procedura eseguita dal Coordinatore di sala :</b> Firma: Infermiere ..... In collaborazione: Firma: Anestesista ..... Firma: 1° Chirurgo .....

Revisione 1 del 10.01.2015

**PAZIENTE**  
 Cognome \_\_\_\_\_  
 Nome \_\_\_\_\_  
 Num SDO \_\_\_\_\_

**SCHEDA INFERMIERISTICA INTRA-OPERATORIA**

 Reparto di provenienza ..... Data intervento.....  
 Arrivo al blocco operatorio ore ..... Uscta dal blocco operatorio.....

**TIPO INTERVENTO** .....  
 Elezione  Urgent  Emergenza  Day Surgery  Ambulat  Day Hospital   
 Tipo di anestesia: Generale  I.O.T.  Spinale  Loco-region  L.M.A.  Sedaz   
 Catetere venoso: Pediatrico  20 G  18 G  16 G  C.V.C.  Arteria   
 Drenaggi NO  SI  J. P.  Torac.  Spiral Drain   
 Catetere vescicale NO  SI  Dual Samp  Uni-samp   
 Materiale Protesico NO  SI   
 Mezzi di Sintesi NO  SI   
 Laccio emostatico NO  SI   
 Medicazione NO  SI  A Zaffo  Complessiva  Piatta   
 Mezzo di contrasto NO  SI  Utilizzo amplific di brillantezza NO  si   
 Esame istologico NO  SI 

NOTE:

Conta garze, aghi, lame bisturi vedere Allegato

ETICHETTE

 Strumentista .....  
 Infermiere di sala .....

INTERVENTO IN ENDOSCOPIA	(SI)	(NO)
INCISIONE CHIRURGICA	(SI)	(NO)

POSIZIONE:

SUPINA  DECUB LATER DX   
 PRONA  DECUB LATER SX   
 SEMISEDUTA  LETTO TRAUM. ORT   
 URO-GINECOLOGICA   
 POS. PLACCA ELETTROBISTURI \_\_\_\_\_