



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) --->
I nove controlli da effettuare prima dell'induzione dell'anestesia	I sei controlli da effettuare prima dell'incisione della cute	I sei controlli da effettuare prima che il paziente abbandoni la sala operatoria
<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"/> 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	L'infermiere conferma verbalmente insieme ai componenti dell'equipe: <input type="checkbox"/> 1) Denominazione e codice 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 i relativi contenitori e richieste, sono stati etichettati con l'identità del paziente e descrizione dei campioni <input type="checkbox"/> 4) Eventuali problemi delle apparecchiature e 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
<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	Anticipazione di eventuali criticità o preoccupazioni <input type="checkbox"/> 3) chirurgo: <input type="checkbox"/> Durata dell'intervento <input type="checkbox"/> Rischio di perdita di sangue <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 <input type="checkbox"/> Ci sono eventuali problemi relativi ai dispositivi e/o altre preoccupazioni	<input type="checkbox"/> 6) Piano per la profilassi del tromboembolismo post-operatorio
Identificazione dei rischi del paziente: <input type="checkbox"/> 5) Allergie: <input type="checkbox"/> SI _____ <input type="checkbox"/> NO _____ <input type="checkbox"/> 6) Diggiuno: <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"/> NO: non applicabile	<input type="checkbox"/> 6) Le immagini diagnostiche sono state visualizzate? <input type="checkbox"/> SI _____ <input type="checkbox"/> NO: non applicabile	Dati del paziente <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F N° Cartella <input type="checkbox"/> _____ Cognome _____ Nome _____ Data di nascita ____/____/____ Procedura eseguita dal Coordinatore di sala: FarmaInfermiere in collaborazione: _____ Anestesista _____ 1° Chirurgo _____

SCHEDA INFERMIERISTICA INTRA-OPERATORIA



PAZIENTE Cognome _____ Nome _____ Num SDO _____	Presidio Ospedaliero _____ Reperto di provenienza _____ Data intervento _____ Arrivo al blocco operatorio ore _____ Uscita dal blocco operatorio _____	INTERVENTO IN ENDOSCOPIA (SI) (NO) INCISIONE CHIRURGICA (SI) (NO) POSIZIONE SUPINA <input type="checkbox"/> DECUB LATER DX <input type="checkbox"/> PRONA <input type="checkbox"/> DECUB LATER SX <input type="checkbox"/> SEMISEDUTA <input type="checkbox"/> LETTO TRAUM. ORT <input type="checkbox"/> URO-GINECOLOGICA <input type="checkbox"/> POS. PLACCA ELETTROBISTURI _____
TIPO INTERVENTO Elezione <input type="checkbox"/> Urgente <input type="checkbox"/> Emergenza <input type="checkbox"/> Day Surgery <input type="checkbox"/> Ambulat <input type="checkbox"/> Day Hospital <input type="checkbox"/>		
TIPO DI ANESTESIA: Gener. <input type="checkbox"/> I.O.T. <input type="checkbox"/> Spinale <input type="checkbox"/> Loco-region <input type="checkbox"/> L.M.A. <input type="checkbox"/> Sedaz. <input type="checkbox"/>		
Catetere venoso: Pediatrico <input type="checkbox"/> 20 G <input type="checkbox"/> 18 G <input type="checkbox"/> 16 G <input type="checkbox"/> C.V.C. <input type="checkbox"/> Arteria <input type="checkbox"/>		
Drenaggi: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> J.P. <input type="checkbox"/> Torac. <input type="checkbox"/> Spiral Drain <input type="checkbox"/> Dual samp <input type="checkbox"/> Uni-samp <input type="checkbox"/>		
Catetere vescicale: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>		
Materiali Protetico: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>		
Mezzi di sintesi: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>		
Laccio emostatico: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>		
Medicazione: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> A Zaffo <input type="checkbox"/> Complessiva <input type="checkbox"/> Piatta <input type="checkbox"/>		
Mezzo di contrasto: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Utilizzo amplific. di brillantezza NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>		
Esame istologico: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Conteggio garze - aghi - bisturi NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>		
Strumentista _____ Infermiere di sala _____		

ETICHETTE