

➤ **Sign In (da effettuare prima dell'anestesia)****A/C/I/O**

Etichette identificative paziente (nome, cognome, data di nascita, cod. paziente, codice a barre)

Sesso ☐ M ☐ F**Arrivo Paziente ore** _____

Il paziente/familiari/altri hanno confermato:

- identità* ☐ si ☐ no - sede intervento* ☐ si ☐ no - consensi (anest., chir., emocomp.)* ☐ si ☐ no **I/C/A**Specialità: ☐ CHIR. GEN. ☐ CHIR. VASC. ☐ OCUL. ☐ ORL ☐ ORT. ☐ UROL. ☐ ALTRO _____Sito chirurgico marcato* ☐ si ☐ no ☐ N.A - Lesioni cutanee sul sito ☐ si _____ ☐ no **I/C**

Verifica documentazione diagnostica:

☐ Lastre ☐ CD ☐ Ecografia ☐ altro _____ **I**

Verifica effetti personali:

- tutore ☐ si _____ ☐ no ☐ altro _____ Sigla OSS _____ **I/O**

Il paziente è portatore di:

- pacemaker ☐ si ☐ no - defibrillatori ☐ si ☐ no **I/C/A**Controlli per la sicurezza all'anestesia completati* ☐ si ☐ no _____ **I/A**Accessi vascolari: ☐ centrale ☐ periferica Liquidi infusi ml _____ **I/A**

Somministrazione antibiotico:

☐ si (farmaco _____ ore _____ Sigla _____) ☐ no **I/A**Corretto posizionamento e funzionamento del pulsossimetro?* ☐ si ☐ no _____ **I/A**È stata verificata l'eventuale difficoltà di gestione delle vie aeree?* ☐ si ☐ no **A**È disponibile la strumentazione?* (es. broncoscopio) ☐ si ☐ no _____ ☐ N.A. **I/A**È disponibile l'assistenza?* (es. consul. broncoscopisti) ☐ si ☐ no _____ ☐ . **I/A**È stato verificato il rischio di perdita ematica > 500 ml (7ml/kg nei bambini)*? ☐ si ☐ no **C/A**È stato verificato se l'accesso venoso è adeguato e se i fluidi sono disponibili?* ☐ si ☐ no **C/A**Allergie* ☐ si _____ ☐ no **I/C/A**InfermiereRisveglio _____ **FIRMA INFERMIERE RISVEGLIO** _____Anestesia: ☐ locale ore _____ (☐ topica ☐ peribulbare) **A**☐ locoregionale (☐ blocco ☐ spinale ☐ peridurale) ore _____ **A**☐ generale (☐ tubo et ☐ maschera fac ☐ maschera lar) ore _____ **A**(dettagli anestesia: VEDASI CARTELLA ANESTESIOLOGICA)

Anestesista _____

Stupefacenti ☐ Fentanyl Q.tà _____☐ Morfina Q.tà _____☐ Remifentanyl Q.tà _____☐ Tramadolo Q.tà _____☐ Ossicodone Q.tà _____☐ Ketamina Q.tà _____☐ Sufentanil Q.tà _____

Note/osservazioni _____



➤ Time Out (da effettuare prima dell'incisione della cute)

TEAM

Sala operatoria ☐ 1 ☐ 2

Tutta l'équipe si è presentata con nome e funzione?* ☐ sì ☐ équipe nota

L'équipe ha confermato: identità paziente, sede d'intervento, procedura chirurgica, corretto posizionamento del paziente?* ☐ sì ☐ no _____

Riscontro di criticità*:

- chirurgica* (durata interv., rischio emorragico, ecc) ☐ sì _____ ☐ no **C**
- anestesilogica* (scala ASA, ecc) ☐ sì _____ ☐ no **A**
- infermieristica* (verifica dei processi di sterilizzazione o altri eventuali problemi relativi ai dispositivi) ☐ sì _____ ☐ no **I**

La profilassi antibiotica è stata eseguita?* ☐ sì ☐ no _____ ☐ non prevista **A/I**

Immagini diagnostiche visualizzate (double check)* ☐ sì ☐ N.A. **C**

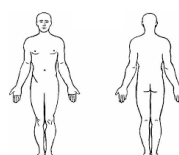
Posizionamento paziente:

☐ supina ☐ prona ☐ later. dx ☐ later.sx ☐ gin ☐ trend ☐ genupett. ☐ semiseduta ☐ altro _____

Piastra elettrobisturi ☐ sì ☐ no **I/A**

Utilizzo supporti ☐ sì ☐ no **I/A/C**

Utilizzo presidi antidecubito ☐ sì ☐ no **I/A/C**



Inizio intervento ore _____

Impianto tessuto:

- ☐ sì autologo tipo _____ sede prelievo _____ sede impianto _____
- ☐ sì omologo tipo _____ scheda donatore _____ sede impianto _____
- ☐ no

Laccio emostatico tempo _____ Registrazione ☐ CD ☐ DVD ☐ file ☐ no **I**

Drenaggi: ☐ sì Q.tà _____ Sede _____ ☐ a caduta ☐ in aspirazione ☐ no

Cateterismo vescicale ☐ sì tipo _____ Ch _____ ☐ no **A/C/I**

Indagine radiologica intraoperatoria n. lastre _____ kV _____ mA _____ sec _____
personale _____

Liquidi infusi ml _____ Perdite ematiche ml _____ Diuresi ml _____ SNG ml _____

Recupero intraoperatorio ☐ sì quantità reinfusa ml _____ ☐ no

Fine intervento ore _____

Fine anestesia ore _____

Dati équipe:

Chirurgo _____ Strumentista _____ Infermiere _____

Medicazione: ☐ a piatto ☐ compressiva ☐ zaffo ☐ N.A. Gesso ☐ sì sede _____ ☐ no

Note/osservazioni _____



➤ **Sign Out (da effettuare prima che il paziente abbandoni la Sala Operatoria)**

Conferma della procedura eseguita* ☐ sì tipo intervento _____

☐ no _____

Campione chirurgico (correttamente etichettato con identificativo paziente e descrizione del campione):

- istologico* ☐ sì ☐ estemporaneo q.tà _____ ☐ definitivo q.tà _____ ☐ no

- citologico ☐ sì q.tà _____ ☐ no

- microbiologico ☐ sì q.tà _____ ☐ no

Criticità sull'uso di dispositivi medici* ☐ sì _____ ☐ no

Conteggio finale strumenti, garze e taglienti* (**dettagli VEDASI SCHEDA CONTEGGIO**): ☐ sì ☐ no ☐ N.A. **C/I/S**

L'équipe ha evidenziato elementi critici per la gestione dell'assistenza post-operatoria?* **C/I/S/A**

☐ sì _____ ☐ no

È stato predisposto il piano per la profilassi ATE post-operatoria?* (**dettagli VEDASI CARTELLA CLINICA**) **C/A**

☐ sì ☐ no ☐ N.A.

Data _____

FIRMA CHIRURGO _____ FIRMA INFERMIERE SALA _____

FIRMA ANESTESISTA _____ FIRMA STRUMENTISTA _____

ATTENZIONE

Nel caso di incongruenze tra quanto riferito dal paziente e ciò che è riportato sulla cartella clinica il processo viene fermato e il chirurgo operatore deve valutare il paziente e verificare il caso specifico prima di eseguire l'intervento

➤ **Sala Risveglio**

C/I/I

Il paziente si presenta:

☐ sveglio ☐ orientato ☐ disorientato ☐ soporoso ☐ intubato ☐ nausea/vomito ☐ sedato ☐ agitato

Dolore: NRS ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Terapia antalgica ☐ sì _____ ☐ no

Corretto funzionamento drenaggi ☐ sì ☐ no _____ ☐ N.A.

Diuresi ml _____ eliminate h _____ Liquidi infusi ml _____

Rilevazione parametri vitali:

Parametri	inizio	a 30'	a 60'	a 90'	a 120'	fine
FC						
PAO						
SaO ₂						
O ₂ l/min						
Drenaggio 1						
Drenaggio 2						
SNG						

Riconsegna effetti personali ☐ sì ☐ no ☐ N.A.

Note/osservazioni _____

Dimissione Blocco operatorio ore _____



CHECK LIST DI SICUREZZA DEL PAZIENTE CHIRURGICO

Legenda:

La corretta compilazione del modulo e la completezza delle informazioni sono fondamentali per reperire tutti i dati più importanti di tutte le attività svolte dalle varie figure professionali coinvolte in tutto il percorso di preparazione dell'intervento: pre-sala, sala operatoria, sala risveglio.

Tutte le figure professionali coinvolte contribuiscono alla compilazione del modulo:

C Chirurgo **A** Anestesista **TEAM** Equipe Operatoria **I** Infermiere

S Strumentista **O** Operatore (OSS, OTA, etc.) **N.A.** Non Applicabile

* Controllo presente nella check list suggerita dal Ministero della salute

Ogni scheda della check list indica chi deve compilare le informazioni che la compongono.

Le fasi e le schede da compilare sono sei:

- | | |
|---------------------------------------|-----------------------|
| 1. Sign In | A/C/I/O |
| 2. Time Out | A/C/I/S (TEAM) |
| 3. Sign Out | A/C/I/S (TEAM) |
| 4. Sala Risveglio | C/I/S |
| 5. Scheda conteggio garze e taglienti | I/S |
| 6. Scheda tracciabilità | A/C/I |

Check list di sicurezza del paziente chirurgico



➤ **Scheda conteggio garze e taglienti**

Controllo strumentario e garze inizio intervento			Controllo strumentario e garza al cambio infermieri				Controllo strumentario e garze a fine intervento					
Strumentista _____			Strumentista _____				Strumentista _____					
Infermiere _____			Infermiere _____				Infermiere _____					
	Nr. Pz.	Nr. Pz.	Nr. Pz.	Nr. Pz.	Nr. Pz.	Nr. Pz.	Nr. Pz.	Nr. Pz.	Nr. Pz.	Nr. Pz.	Nr. Pz.	Totale
Garza grande	10 ☐	10 ☐	10 ☐	10 ☐	10 ☐	10 ☐	10 ☐	10 ☐	10 ☐	10 ☐	10 ☐	
Garza grande	10 ☐	10 ☐	10 ☐	10 ☐	10 ☐	10 ☐	10 ☐	10 ☐	10 ☐	10 ☐	10 ☐	
Garza lunga	10 ☐	10 ☐	10 ☐	10 ☐	10 ☐	10 ☐	10 ☐	10 ☐	10 ☐	10 ☐	10 ☐	
Garza lunga	10 ☐	10 ☐	10 ☐	10 ☐	10 ☐	10 ☐	10 ☐	10 ☐	10 ☐	10 ☐	10 ☐	
Tamponi	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	
Tamponi	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	
Tamponi	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	
Pezza lapar.	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	
Pezza lapar.	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	
Aghi	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	
Aghi	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	
Lame	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	
Lame	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	
CONTEGGIO ESATTO ☐ Si ☐ Non previsto ☐ No												



➤ **Scheda di tracciabilità**

**Spazio riservato a
etichette di mezzi di
sintesi, strumentario e
presidi**