

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA</p> <p>Logo Azienda</p>	Cognome	Barcode
	Nome	
	Data di nascita	
	N° CCI/Nosologico	

Blocco operatorio:	Specialità chirurgica:
	Data intervento:

VERIFICA	NELL'U.O. / PIATTAFORMA DEGENZIALE			NEL BLOCCO OPERATORIO		
	SI	NO		SI	NO	
Digiuno	SI	NO		SI	NO	
Identificazione paziente	SI	NO		SI	NO	
Documento identità	SI	NO		SI	NO	
Presenza consenso all'anestesia	SI	NO		SI	NO	
Presenza consenso all'intervento chirurgico	SI	NO		SI	NO	
Presenza consenso alla trasfusione	SI	NO		SI	NO	
Identificazione tipo di intervento	SI	NO		SI	NO	
Identificazione marcatura lato chirurgico	SI	NO	n.a.	SI	NO	n.a.
Rimozione monili e piercing	SI	NO		SI	NO	
Rimozione smalti/unghie artificiali, trucco	SI	NO		SI	NO	
Rimozione protesi uditive, oculari, dentali	SI	NO		SI	NO	
Eseguita doccia/bagno preoperatoria	SI	NO		SI	NO	
Eseguita igiene del cavo orale	SI	NO		SI	NO	
Vestizione per sala operatoria	SI	NO		SI	NO	
Posizionate calze antitroboemboliche	SI	NO		SI	NO	
Presenza di lesioni da pressione	SI	NO		SI	NO	
Presenza di Catetere Venoso Centrale (CVC)	SI	NO		SI	NO	
Presenza di Catetere Venoso Periferico (CVP)	SI	NO		SI	NO	
Presenza di Sondino Naso-Gastrico (SNG)	SI	NO		SI	NO	
Presenza di Catetere Vescicale (CV)	SI	NO		SI	NO	
Presenza catetere epidurale	SI	NO		SI	NO	
Presenza catetere arterioso	SI	NO		SI	NO	
Verifica Cartella clinico-assistenziale / Cartella clinica integrata	SI	NO		SI	NO	
Allergie	SI	NO		SI	NO	
Paziente con sospetto/ accertato di microrganismo multi-resistente	SI	NO		SI	NO	
Altro :.....	SI	NO		SI	NO	
Firma dell'infermiere						

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA</p> <p>Logo Azienda</p>	Cognome	Barcode
	Nome	
	Data di nascita	
	N° CCI/Nosologico	

Blocco operatorio:	Specialità chirurgica:
	Data intervento:

INGRESSO IN SALA OPERATORIA

				FIRMA
Posizionamento materasso (o presidio) antidecubito	SI	NO	Ore	
Posizionamento del paziente su indicazione del chirurgo	SI	NO	Ore	
Postura assunta:				
• Supina	SI	NO	Ore	
• Trendelenburg	SI	NO	Ore	
• Anti – Trendelenburg	SI	NO	Ore	
• Laterale Sx	SI	NO	Ore	
• Laterale Dx	SI	NO	Ore	
• Prono /ventrale	SI	NO	Ore	
Posizionamento ginecologica/litotomica	SI	NO	Ore	
Altra posizione:	SI	NO	Ore	

				FIRMA
Riscaldamento del paziente	SI	NO	Ore	
Se sì, tramite:				
• riscaldamento attivo (con aria forzata)	SI	NO	Ore	
• tramite liquidi e linea infusione	SI	NO	Ore	
• materassini	SI	NO	Ore	

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Logo Azienda	Cognome	Barcode
	Nome	
	Data di nascita	
	N° CCI/Nosologico	

Blocco operatorio:	Specialità chirurgica:
	Data intervento:

Posizionamento sede piastra per uso elettrosistemi	SI	NO	Ore	Posizionato da (firma)
• Polpaccio	dx	sx		
• Coscia	dx	sx		
• Braccio	dx	sx		
• Gluteo	dx	sx		
• Torace	dx	sx		
• Altra sede	dx	sx		
Posizionamento laccio pneumatico	SI	NO	Ore	
Temperatura corporea	SI	NO	Presidio usato per il controllo della temperatura: _____	
Posizionamento Catetere venoso periferico	SI	NO		
Posizionamento Catetere vescicale	SI	NO		
Posizionamento Sondino naso gastrico	SI	NO		

FASE OPERATORIA (all'inizio dell'intervento chirurgico)

Conteggio strumentario	SI	NO	n.a.
Conteggio aghi/taglienti	SI	NO	n.a.
Conteggio garze	SI	NO	n.a.
Conteggio tamponi	SI	NO	n.a.
Conteggio fettucce angiologiche	SI	NO	n.a.
Scarico materiali di consumo	SI	NO	
Numero container aperti			
Numero buste (contenenti strumentario) aperte			

Firma dell'infermiere

.....

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA</p> <p>Logo Azienda</p>	Cognome	Barcode
	Nome	
	Data di nascita	
	N° CCI/Nosologico	

Blocco operatorio:	Specialità chirurgica:
	Data intervento:

Campioni citologici / istologici / microbiologici

N° contenitore	Identificazione del materiale / campione, lateralità del prelievo, localizzazione topografica	Tipo di esame	Verifica nominativo paziente		Verifica corretta compilazione richiesta		Verifica corretto confezionamento		Verifica corretta compilazione etichetta		Firma infermiere che predispose il contenitore per il trasporto
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
		<input type="checkbox"/> istologico <input type="checkbox"/> citologico <input type="checkbox"/> microbiologico <input type="checkbox"/> altro	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
		<input type="checkbox"/> istologico <input type="checkbox"/> citologico <input type="checkbox"/> microbiologico <input type="checkbox"/> altro	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
		<input type="checkbox"/> istologico <input type="checkbox"/> citologico <input type="checkbox"/> microbiologico <input type="checkbox"/> altro	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
		<input type="checkbox"/> istologico <input type="checkbox"/> citologico <input type="checkbox"/> microbiologico <input type="checkbox"/> altro	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
		<input type="checkbox"/> istologico <input type="checkbox"/> citologico <input type="checkbox"/> microbiologico <input type="checkbox"/> altro	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
		<input type="checkbox"/> istologico <input type="checkbox"/> citologico <input type="checkbox"/> microbiologico <input type="checkbox"/> altro	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	

Vedi:
 1. Linee guida "Tracciabilità, raccolta, trasporto, conservazione e archiviazione di cellule e tessuti per indagini diagnostiche di anatomia patologica", maggio 2015, Ministero della salute.
 2. Procedura aziendale.

NOTE:

 Logo Azienda	Cognome	Barcode
	Nome	
	Data di nascita	
	N° CCI/Nosologico	

Blocco operatorio:

Specialità chirurgica:

Data intervento:

SCHEDA RINTRACCIABILITA' CONTAINER E DISPOSITIVI MEDICI

Firma dell'infermiere

.....

 Logo Azienda	Cognome	Barcode
	Nome	
	Data di nascita	
	N° CCI/Nosologico	

Blocco operatorio:	Specialità chirurgica:
	Data intervento:

Medicazione ferita chirurgica	SI	NO
• piatta	SI	NO
• compressiva	SI	NO
• Altro		
Stomie	SI	NO
Sede:.....		

Presenza drenaggi	SI	NO
-------------------	----	----

Sede	Tipo di drenaggio	Note

Note:

Firma dell'infermiere

.....

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA</p> <p>Logo Azienda</p>	Cognome	Barcode
	Nome	
	Data di nascita	
	N° CCI/Nosologico	

Blocco operatorio:	Specialità chirurgica:
	Data intervento:

USCITA DALLA SALA OPERATORIA

Paziente trasferito in:
<input type="checkbox"/> Rianimazione
<input type="checkbox"/> Terapia semi-intensiva
<input type="checkbox"/> Recovery room
<input type="checkbox"/> Degenza
<input type="checkbox"/> Deceduto

NOTE

Firma dell'infermiere

.....