

OSSERVAZIONE DIRETTA DELL'APPLICAZIONE DELLA SAFETY SURGERY CHECK LIST (SSCL) IN SALA OPERATORIA

Azienda: _____	Numero nosologico: _____	Data (gg/mm/aa) __ / __ / _____ Ora (hh:mm) __:__ / __:__
Struttura: _____	Dipartimento: _____	Blocco Operatorio/SO _____
Intervento chirurgico: _____	Codice ICD-9 intervento: _____	Osservatore: _____

- Disponibilità della SSCL in sala operatoria: Si No
 - La SSCL è: Cartacea Informatizzata
 - È stato identificato il coordinatore della SSCL? Si No
- Se SI, indicare chi: Chirurgo Anestesista Infermiere Ostetrica

SIGN IN Fase preoperatoria Prima dell'induzione dell'anestesia

- È stata eseguita la fase del SIGN IN?
Si No
- Tutti i componenti dell'equipe sono presenti al momento della verifica?
Si No
 - Se NO indicare chi era assente?
 Chirurgo Anestesista Infermiere
- Il paziente e/o la famiglia sono coinvolti attivamente nella verifica (dell'item 1)?
Si No Non applicabile
- Tutti gli item sono stati verificati?
Si No
 - Se NO, indicare quali non sono stati verificati scrivendo sotto il numero del/degli item (vedi legenda).
____/____/____/____/____/ Tutti
- Tutti gli item sono stati verificati correttamente?
Si No
 - Se NO, indicare quali non sono stati verificati correttamente scrivendo sotto il numero del/degli item (vedi legenda).
____/____/____/____/____/ Tutti

Specificare in cosa consiste nel campo note.

- Il coordinatore compila la SSCL contestualmente alla formulazione delle domande agli operatori interessati?
Si No In parte
- Tutti gli operatori, per quanto di specifica competenza, rispondono alle domande poste dal coordinatore della SSCL?
Si No
 - Se NO indicare chi non ha risposto
 Chirurgo Anestesista Infermiere
- Sono state riscontrate Non Conformità?
 Sì, segnalate nel 776/b
 Sì, ma NON segnalate nel 776/b
 No
 - Se SI, quali Non Conformità sono state riscontrate?
____/____/____/____/____/
 - Se SI, le Non Conformità sono state risolte prima di proseguire la compilazione della SSCL?
Si No

ITEM

1. Identità del paziente
2. Sede intervento
3. Procedura chirurgica
4. Consensi anestesiological, chirurgico ed emocomponenti
5. Sito chirurgico marcato
6. Controlli apparecchiature anestesia completati e pulsiossimetro presente
7. Verifica corretto funzionamento apparecchiature di SO
8. Allergie conosciute
9. Il paziente presenta difficoltà gestione vie aeree e/o rischio di aspirazione
10. Rischio di perdite ematiche
11. Accesso venoso adeguato
12. Emocomponenti richiesti

NOTE

TIME OUT Prima dell'incisione della cute

- È stata eseguita la fase del TIME OUT?
Si No
- La verifica degli items si è svolta prima dell'incisione chirurgica?
Si No
- Tutti i componenti dell'equipe sono presenti al momento della verifica?
Si No
 - Se NO indicare chi era assente?
 Chirurgo Anestesista Infermiere
- Tutti gli item sono stati verificati?
Si No
 - Se NO, indicare quali non sono stati verificati scrivendo sotto il numero del/degli item (vedi legenda).
_____/_____/_____/_____/_____/ Tutti
- Tutti gli item sono stati verificati correttamente?
Si No
 - Se NO, indicare quali non sono stati verificati correttamente scrivendo sotto il numero del/degli item (vedi legenda).
_____/_____/_____/_____/_____/ Tutti

Specificare in cosa consiste nel campo note.

- Il coordinatore ha garantito che tutti gli operatori in sala sono pronti ad iniziare la compilazione della checklist?
Si No
- Il coordinatore compila la SSCL contestualmente alla formulazione delle domande agli operatori interessati?
Si No In parte
- Tutti gli operatori, per quanto di specifica competenza, rispondono alle domande poste dal coordinatore della SSCL?
Si No
 - Se NO indicare chi non ha risposto
 Chirurgo Anestesista Infermiere
- Sono state riscontrate Non Conformità?
 Sì, segnalate nel 776/b
 Sì, ma NON segnalate nel 776/b
 No
 - Se SI, quali Non Conformità sono state riscontrate?
_____/_____/_____/_____/_____/
 - Se SI, le Non Conformità sono state risolte prima di proseguire la compilazione della SSCL?
Si No

ITEM

1. Nomi e funzioni dell'equipe sono note a tutti i membri
2. Identità del paziente
3. Procedura chirurgica
4. Sito chirurgico
5. Posizionamento del paziente
6. Il chirurgo ha informato l'equipe sulla durata dell'intervento, rischi, perdite ematiche e altre criticità
7. L'anestesista ha informato l'equipe su specificità del paziente, ASA ed altre criticità
8. L'infermiere ha comunicato all'equipe la verifica di sterilità, problemi inerenti ai dispositivi medici o altre criticità
9. Profilassi antibiotica eseguita negli ultimi 60 minuti se applicabile
10. Immagini diagnostiche visualizzate

NOTE

SIGN OUT Prima che il paziente lasci la sala operatoria

- È stata eseguita la fase del SIGN OUT?
Si No
- La verifica degli items si è svolta prima che il paziente abbia lasciato la sala operatoria?
Si No
- Tutti i componenti dell'equipe sono presenti al momento della verifica?
Si No
 - Se NO indicare chi era assente?
 Chirurgo Anestesista Infermiere
- Tutti gli item sono stati verificati?
Si No
 - Se NO, indicare quali non sono stati verificati scrivendo sotto il numero del/degli item (vedi legenda).
_____/_____/_____/_____/_____/ Tutti
- Tutti gli item sono stati verificati correttamente?
Si No
 - Se NO, indicare quali non sono stati verificati correttamente scrivendo sotto il numero del/degli item (vedi legenda).
_____/_____/_____/_____/_____/ Tutti

Specificare in cosa consiste nel campo note.

- Il coordinatore ha garantito che tutti gli operatori in sala sono pronti ad iniziare la compilazione della checklist?
Si No
- Il coordinatore compila la SSCL contestualmente alla formulazione delle domande agli operatori interessati?
Si No In parte
- Tutti gli operatori, per quanto di specifica competenza, rispondono alle domande poste dal coordinatore della SSCL?
Si No
 - Se NO indicare chi non ha risposto
 Chirurgo Anestesista Infermiere
- Sono state riscontrate Non Conformità?
 Sì, segnalate nel 776/b
 Sì, ma NON segnalate nel 776/b
 No
 - Se SI, quali Non Conformità sono state riscontrate?
_____/_____/_____/_____/_____/
 - Se SI, le Non Conformità sono state risolte prima di proseguire la compilazione della SSCL?
Si No

ITEM

1. Tipo di procedura chirurgica registrata
2. Il conteggio di garze, aghi, e altro strumentario chirurgico è corretto
3. Il campione chirurgico con relativo contenitore e richiesta, è stato etichettato secondo la procedura aziendale
4. Verifica problemi relativi ai dispositivi medici
5. Chirurgo, Anestesista e Infermiere, hanno revisionato aspetti critici per gestione assistenza post operatoria
6. Piano per profilassi tromboembolismo post operatorio

NOTE

Item di verifica complessiva per tutte le tre fasi

Ciascun componente della equipe ha avuto un ruolo chiaro e riconosciuto nel team? (rispetto all'uso della CL) Si No

Eventuali note: _____

I componenti dell'equipe hanno rispettato il ruolo degli altri membri del team? (rispetto all'uso della CL) Si No

Eventuali note: _____

Il team ha avuto chiarezza di ciò che doveva fare? (rispetto all'uso della SSCL) Si No

Eventuali note: _____

I componenti del team hanno comunicato efficacemente l'uno con l'altro? (per la compilazione della SSCL) Si No

Eventuali note: _____

Il team avrebbe potuto compilare la check list in maniera migliore? Si No

Se SI specificare _____