

OSSERVAZIONE DIRETTA DELL'APPLICAZIONE DELLA CHECK LIST PER LA SICUREZZA DEL TAGLIO CESAREO (SSCL-TC)

Azienda: _____	scheda n. _____	Data (gg/mm/aa) / /
Struttura: _____	Taglio Cesareo (TC) <input type="checkbox"/>	TC + altre procedure chirurgiche <input type="checkbox"/>
Inizio osservazione (hh:mm)	Fine osservazione (hh:mm)	Osservatore _____

- Disponibilità della SSCL-TC in sala operatoria Si No
- La SSCL-TC è Cartacea Informatizzata
- È stato identificato il coordinatore della SSCL-TC? 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:
 Chir. Anest. Inf. Ost.
- 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-TC 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:
 Chir. Anest. Inf. Ost.
- Sono state riscontrate Non Conformità?
 Sì, segnalate nel modulo B
 Sì, ma NON segnalate nel modulo 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-TC?
Si No

ITEM

- 1.1 Identità del paziente
- 1.2 Procedura chirurgica
- 1.3 Consensi
- 2 Allergie conosciute
- 3 Difficoltà gestione vie aeree
- 4 Rischio emorragico
- 5 Indicazione e complessità procedura chirurgica
- 6 Ecografia
- 7 Controlli apparecchiature/presidi di anestesia e di sala operatoria
- 8 Profilassi rischio aspirazione
- 9 Rimozione dei monili
- 10 Allestimento isola e carrello rianimazione neonatale
- 11 Team neonatologico avvisato e informato se necessario

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:
 Chir. Anest. Inf. Ost.
- 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 fossero 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-TC?
Si No
 - Se NO indicare chi non ha risposto:
 Chir. Anest. Inf. Ost.
- Sono state riscontrate Non Conformità?
 Sì, segnalate nel modulo B
 Sì, ma NON segnalate nel modulo 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-TC?
Si No

ITEM

1. Nomi e funzioni dell'equipe sono noti a tutti i membri
- 2.1 Identità paziente confermata
- 2.2 Procedura chirurgica
- 2.3 Posizionamento della donna
- 2.4 Posizionamento del catetere
- 3 Il chirurgo ha informato l'equipe su durata prevista, rischio emorragico, procedure aggiuntive, sito placentare e altre criticità
- 4 Anestesista ha informato l'equipe su specificità della donna, rischio ASA e altre criticità
- 5 L'Ostetrica/Infermiere ha comunicato all'equipe la verifica di sterilità, problemi con i dispositivi medici o altre criticità
- 6 Effettuazione e correttezza profilassi antibiotica
- 7 Verifica presenza del neonatologo se attivato

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:
 Chir. Anest. Inf. Ost.
- 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:
 Chir. Anest. Inf. Ost.
- Sono state riscontrate Non Conformità?
 Sì, segnalate nel modulo B
 Sì, ma NON segnalate nel modulo 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-TC?
Si No

ITEM

- 1.1 Conferma procedura chirurgica
- 1.2 Conteggio corretto di garze, aghi, e altro strumentario
- 1.3 Corretta quantificazione e registrazione perdita ematica
- 2 Stoccaggio ed etichettatura del campione (chirurgico e/o placentare) secondo la procedura aziendale
- 3 Identificazione e segnalazione di problemi relativi a dispositivi medici
 - 4.1 Corretta identificazione madre-neonato
 - 4.2 Emogasanalisi (nei casi con indicazione clinica)
- 5.1 Condivisione criteri di uscita dalla sala operatoria
- 5.2 Condivisione piano di assistenza post-operatoria/monitoraggio intensivo
- 5.3 Profilassi tromboembolismo post-operatorio
- 5.4 Profilassi e/o trattamento della EPP
- 5.5 Trattamento del dolore post-operatorio

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 SSCL-TC). Si No

Eventuali note: _____

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

Eventuali note: _____

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

Eventuali note: _____

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

Eventuali note: _____

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

Se SI specificare _____