

SSCL-TC MODULO A: CHECK LIST PER LA SICUREZZA DEL TAGLIO CESAREO IN EMERGENZA

| SIGN-IN Controlli da effettuare prima dell'induzione dell'anestesia | TIME-OUT Controlli da effettuare prima dell'incisione della cute | SIGN-OUT Controlli da effettuare prima dell'uscita dalla sala operatoria |
|--|--|---|
| <p>1) La donna ha confermato:</p> <p><input type="checkbox"/> *** Identità (1.1) <input type="checkbox"/> Procedura (1.2)</p> <p><input type="checkbox"/> Consensi: anestesiological/chirurgico/emocomponenti (1.3)</p> <p>2) *** La donna riferisce/presenta allergie?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>3) *** La donna presenta difficoltà di gestione delle vie aeree?</p> <p><input type="checkbox"/> SI, strumentazione/assistenza disponibile <input type="checkbox"/> NO</p> <p>4) *** La donna presenta un rischio emorragico che necessita la richiesta di emocomponenti?</p> <p><input type="checkbox"/> SI, emocomponenti richiesti ed accesso endovenoso adeguato <input type="checkbox"/> NO</p> <p>5) Il Chirurgo ha verificato indicazione e complessità intervento/procedura:</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>6) Il Chirurgo ha verificato l'effettuazione dell'ecografia</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Non indicata</p> <p>7) L'Ostetrica/Infermiere ha effettuato i controlli delle apparecchiature/presidi di anestesia e di sala operatoria:</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>8) L'Ostetrica/Infermiere ha verificato effettuazione e correttezza della profilassi per rischio di aspirazione</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>9) L'Ostetrica/Infermiere ha verificato la rimozione dei monili (piercing, anelli ecc.).</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>10) Il Team ha verificato l'allestimento dell'isola neonatale e completezza del carrello di rianimazione neonatale</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>11) *** Il team neonatologico è stato avvisato e informato sulla base delle modalità previste (nei casi con indicazione clinica)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Non prevista l'attivazione</p> | <p>1) I nomi e le funzioni dei componenti dell'équipe sono conosciuti a tutti i suoi membri e previsti nella nota operatoria.</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>2) Chirurgo, Anestesista e Ostetrica/Infermiere confermano:</p> <p><input type="checkbox"/> identità del paziente (2.1)</p> <p><input type="checkbox"/> procedura (2.2)</p> <p><input type="checkbox"/> corretta posizione donna (2.3)</p> <p><input type="checkbox"/> corretto posizionamento del catetere vescicale (2.4)</p> <p>3) Il Chirurgo ha informato l'équipe sulla durata prevista per l'intervento, rischi di perdite ematiche, necessità di procedure aggiuntive, ubicazione del sito placentare ed altre criticità.</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>4) L'Anestesista ha informato l'équipe sulle specificità della donna, rischio ASA ed altre criticità.</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>5) L'Ostetrica/Infermiere ha comunicato all'équipe la verifica di sterilità (compresi i risultati degli indicatori), eventuali problemi con i dispositivi medici e altre criticità.</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>6) Verifica effettuazione e correttezza della profilassi antibiotica:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Non applicabile</p> <p>7) *** Verifica della presenza del team neonatologico.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Non prevista l'attivazione</p> | <p>1) *** Il Coordinatore della checklist conferma verbalmente insieme ai componenti dell'équipe:</p> <p><input type="checkbox"/> conferma della procedura chirurgica effettuata (1.1)</p> <p><input type="checkbox"/> corretto conteggio di garze, aghi e altro strumentario (1.2)</p> <p><input type="checkbox"/> corretta quantificazione e registrazione delle perdite ematiche (1.3)</p> <p>2)*** Conferma che il campione chirurgico/placentare con relativo contenitore e richiesta è stato correttamente etichettato secondo la procedura aziendale.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Non applicabile</p> <p>3) ***Verifica identificazione e segnalazione di problemi relativi a Dispositivi Medici.</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>4) *** Il Team ha verificato:</p> <p><input type="checkbox"/> corretta identificazione madre-neonato (4.1)</p> <p><input type="checkbox"/> esecuzione dell'emogasanalisi da funicolo alla nascita (nei casi con indicazione clinica) (4.2)</p> <p>5) *** Il Team ha condiviso:</p> <p><input type="checkbox"/> criteri di uscita dalla sala operatoria (5.1)</p> <p><input type="checkbox"/> gestione dell'assistenza post-operatoria e/o necessità di attivare un monitoraggio materno intensivo (ad es. MEOWS) (5.2)</p> <p><input type="checkbox"/> piano per la profilassi del tromboembolismo post-operatorio (5.3)</p> <p><input type="checkbox"/> piano per la profilassi e/o trattamento della EPP (5.4)</p> <p><input type="checkbox"/> piano per il trattamento del dolore post-operatorio (5.5)</p> |
| <p>Firma Ostetrica/ Infermiere</p> | <p>Firma Anestesista</p> | <p>Firma Chirurgo</p> |