

Codice Azienda _____ Codice Presidio _____ Progressivo SDO _____ Id checklist _____ data _____ ora inizio _____

MODULO 776/a — checklist

SIGN-IN 7 controlli da effettuare prima dell'induzione dell'anestesia	TIME-OUT 7 controlli da effettuare prima dell'incisione della cute	SIGN-OUT 6 controlli da effettuare prima dell'uscita dalla sala operatoria
<p>1) Il paziente ha confermato:</p> <p><input type="checkbox"/> Identità (1.1)</p> <p><input type="checkbox"/> Sede Intervento (1.2)</p> <p><input type="checkbox"/> Procedura (1.3)</p> <p><input type="checkbox"/> Consensi: anestesiological/chirurgico/emocomponententi (1.4)</p> <p>2) Verifica presenza e correttezza della marcatura del sito dell'intervento</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> non applicabile</p> <p>3) Controlli delle apparecchiature di anestesia completati (compreso pulsiossimetro presente)</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>4) Verifica corretto funzionamento apparecchiature di sala operatoria</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>IDENTIFICAZIONE DEI RISCHI DEL PAZIENTE:</p> <p>5) Il paziente riferisce/presenta allergie ?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>6) Il paziente presenta difficoltà di gestione delle vie aeree o rischio di aspirazione ?</p> <p><input type="checkbox"/> SI, strumentazione/assistenza disponibile <input type="checkbox"/> NO</p> <p>7) Il paziente presenta rischio di perdite ematiche che necessita la richiesta di emocomponententi?</p> <p><input type="checkbox"/> SI, accesso endovenoso adeguato <input type="checkbox"/> NO e emocomponententi richiesti</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 Infermiere confermano: identità del paziente, procedura, sito chirurgico e posizionamento</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>3) Il Chirurgo ha informato l'équipe sulla durata prevista per l'intervento, rischi di perdite ematiche ed altre criticità</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>4) L'Anestesista ha informato l'équipe sulle specificità del paziente, rischio ASA ed altre criticità</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> non applicabile</p> <p>5) L'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) Visualizzazione immagini diagnostiche</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> non applicabile</p>	<p>Il Coordinatore della checklist conferma verbalmente insieme ai componenti dell'équipe:</p> <p>1) Conferma della procedura che è stata effettuata e registrata</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>2) Verifica corretto conteggio di garze, aghi e altro strumentario</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>3) Conferma che il Campione Chirurgico 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>4) Verifica identificazione e segnalazione di problemi relativi a Dispositivi Medici</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>5) Chirurgo, Anestesista e Infermiere hanno revisionato gli aspetti critici per la gestione dell'assistenza post-operatoria</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>6) Verifica del Piano per la profilassi del tromboembolismo post-operatorio</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> non applicabile</p>

Firma Infermiere

Firma Anestesista

Firma Chirurgo