

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

MODULO 776/a — checklist

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
1) Il paziente ha confermato: <input type="radio"/> Identità (1.1) <input type="radio"/> Sede Intervento (1.2) <input type="radio"/> Procedura (1.3) <input type="radio"/> Consensi: anestesiologicalo/chirurgico/emocomponententi (1.4) 2) Verifica presenza e correttezza della marcatura del sito dell'intervento <input type="radio"/> <input type="radio"/> non applicabile 3) Controlli delle apparecchiature di anestesia completati (compreso pulsiossimetro presente) <input type="radio"/> 4) Verifica corretto funzionamento apparecchiature di sala operatoria <input type="radio"/> IDENTIFICAZIONE DEI RISCHI DEL PAZIENTE: 5) Il paziente riferisce/presenta allergie ? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO 6) Il paziente presenta difficoltà di gestione delle vie aeree o rischio di aspirazione ? <input type="radio"/> SI, strumentazione/assistenza disponibile <input type="radio"/> NO 7) Il paziente presenta rischio di perdite ematiche che necessita la richiesta di emocomponenti? <input type="radio"/> SI, accesso endovenoso adeguato <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> e emocomponenti richiesti	1) I nomi e le funzioni dei componenti dell'équipe sono conosciuti a tutti i suoi membri e previsti nella nota operatoria? <input type="radio"/> 2) Chirurgo, Anestesista e Infermiere confermano: identità del paziente, procedura, sito chirurgico e posizionamento <input type="radio"/> 3) Il Chirurgo ha informato l'équipe sulla durata prevista per l'intervento, rischi di perdite ematiche ed altre criticità <input type="radio"/> 4) L'Anestesista ha informato l'équipe sulle specificità del paziente, rischio ASA ed altre criticità <input type="radio"/> <input type="radio"/> non applicabile 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 <input type="radio"/> 6) Verifica effettuazione e correttezza della profilassi antibiotica <input type="radio"/> <input type="radio"/> non applicabile 7) Visualizzazione immagini diagnostiche <input type="radio"/> <input type="radio"/> non applicabile	Il Coordinatore della checklist conferma verbalmente insieme ai componenti dell'équipe: 1) Conferma della procedura che è stata effettuata e registrata <input type="radio"/> 2) Verifica corretto conteggio di garze, aghi e altro strumentario <input type="radio"/> 3) Conferma che il Campione Chirurgico con relativo contenitore e richiesta è stato correttamente etichettato secondo la procedura aziendale <input type="radio"/> <input type="radio"/> non applicabile 4) Verifica identificazione e segnalazione di problemi relativi a Dispositivi Medici <input type="radio"/> 5) Chirurgo, Anestesista e Infermiere hanno revisionato gli aspetti critici per la gestione dell'assistenza post-operatoria <input type="radio"/> 6) Verifica del Piano per la profilassi del tromboembolismo post-operatorio <input type="radio"/> <input type="radio"/> non applicabile
<u>Firma Infermiere</u>	<u>Firma Anestesista</u>	<u>Firma Chirurgo</u>