

**MODULO A: CHECK LIST PER LA SICUREZZA DEL TAGLIO CESAREO**

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