

SSCL-TC 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
<p>1) La donna ha confermato: <input type="checkbox"/> *** Identità (1.1) <input type="checkbox"/> Procedura (1.2) <input type="checkbox"/> Consensi: anestesiological/chirurgico/emocomponenti (1.3)</p> <p>2) *** La donna riferisce/presenta allergie? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>3) *** La donna presenta difficoltà di gestione delle vie aeree? <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? <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: <input type="checkbox"/></p> <p>6) Il Chirurgo ha verificato l'effettuazione dell'ecografia <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: <input type="checkbox"/></p> <p>8) L'Ostetrica/Infermiere ha verificato effettuazione e correttezza della profilassi per rischio di aspirazione <input type="checkbox"/></p> <p>9) L'Ostetrica/Infermiere ha verificato la rimozione dei monili (piercing, anelli ecc.). <input type="checkbox"/></p> <p>10) Il Team ha verificato l'allestimento dell'isola neonatale e completezza del carrello di rianimazione neonatale <input type="checkbox"/></p> <p>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</p>	<p>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"/></p> <p>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 donna (2.3) <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. <input type="checkbox"/></p> <p>4) L'Anestesista ha informato l'équipe sulle specificità della donna, rischio ASA ed altre criticità. <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. <input type="checkbox"/></p> <p>6) Verifica effettuazione e correttezza della profilassi antibiotica: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Non applicabile</p> <p>7) *** Verifica della presenza del team neonatologico. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Non prevista l'attivazione</p>	<p>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)</p> <p>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</p> <p>3) *** Verifica identificazione e segnalazione di problemi relativi a Dispositivi Medici. <input type="checkbox"/></p> <p>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)</p> <p>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)</p>
Firma Ostetrica/ Infermiere	Firma Anestesista	Firma Chirurgo