

Codice Azienda _____ Codice Presidio _____ Progressivo _____ Id checklist _____ data _____ ora inizio _____
 Procedura chirurgica _____

MODULO 655/A “Checklist Ambulatoriale”

SIGN-IN 6 controlli da effettuare prima dell'induzione dell'anestesia	TIME-OUT 5 controlli da effettuare prima dell'incisione della cute	SIGN-OUT 5 controlli da effettuare prima dell'uscita dalla sala operatoria
1) Il paziente ha confermato: ☐ Identità, Sede Intervento e Procedura ☐ Consenso all'intervento 2) Verifica presenza e correttezza della marcatura del sito dell'intervento ☐ ☐ Non applicabile 3) Verifica corretto posizionamento del pulsiossimetro e/o monitoraggi ☐ ☐ Non applicabile 4) Il paziente riferisce/presenta allergie? ☐ Sì ☐ No 5) Il paziente assume anticoagulanti/antiaggreganti ☐ Sì ☐ No 6) Verifica posizionamento dell'accesso venoso ☐ ☐ Non applicabile	1) L'équipe conferma: ☐ identità, sede e procedura dell'intervento ☐ posizionamento 2) L'infermiere/ostetrica ha comunicato all'équipe la verifica di sterilità (compresi i risultati degli indicatori), corretto funzionamento dello strumentario e dei dispositivi o eventuali criticità ☐ 3) Verifica l'effettuazione e la correttezza della profilassi antibiotica ☐ ☐ Non applicabile 4) Visualizzazione immagini diagnostiche ☐ ☐ Non applicabile 5) Verifica la necessità di inviare campioni da analizzare ☐	1) Verifica corretto conteggio di garze, aghi e altro strumentario ☐ ☐ Non applicabile 2) Conferma che il Campione Chirurgico con relativo contenitore e richiesta è stato correttamente etichettato secondo la procedura aziendale ☐ ☐ Non applicabile 3) Verifica identificazione e segnalazione di problemi relativi a Dispositivi Medici e apparecchiature ☐ 4) Verifica del piano per il trattamento del dolore post-operatorio ☐ 5) Verifica del Piano per la profilassi del tromboembolismo post-operatorio ☐ ☐ Non applicabile

Firma Infermiere/Ostetrica/OSS
Firma Chirurgo