



Codice Azienda \_\_\_\_\_ Codice Presidio \_\_\_\_\_ Progressivo \_\_\_\_\_ Id checklist \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ ora inizio \_\_\_\_\_  
 Procedura chirurgica \_\_\_\_\_

### **MODULO 655/A “Checklist Ambulatoriale”**

<b>SIGN-IN</b> <b>6 controlli da effettuare prima dell'induzione dell'anestesia</b>	<b>TIME-OUT</b> <b>5 controlli da effettuare prima dell'incisione della cute</b>	<b>SIGN-OUT</b> <b>5 controlli da effettuare prima dell'uscita dalla sala operatoria</b>
<p>1) Il paziente ha confermato:</p> <p><input type="checkbox"/> Identità, Sede Intervento e Procedura  <input type="checkbox"/> Consenso all'intervento</p> <p>2) Verifica presenza e correttezza della marcatura del sito dell'intervento  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Non applicabile</p> <p>3) Verifica corretto posizionamento del pulsiossimetro e/o monitoraggi  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Non applicabile</p> <p>4) Il paziente riferisce/presenta allergie?  <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>5) Verifica assunzione anticoagulanti/antiaggreganti  <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>6) Verifica posizionamento dell'accesso venoso  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Non applicabile</p>	<p>1) L'équipe conferma:</p> <p><input type="checkbox"/> identità, sede e procedura dell'intervento  <input type="checkbox"/> posizionamento</p> <p>2) L'infermiere/ostetrica ha comunicato all'équipe la verifica di sterilità (compresi i risultati degli indicatori), corretto funzionamento dello strumentario e dei i dispositivi o eventuali criticità  <input type="checkbox"/></p> <p>3) Verifica l'effettuazione e la correttezza della profilassi antibiotica  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Non applicabile</p> <p>4) Visualizzazione immagini diagnostiche  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Non applicabile</p> <p>5) Verifica la necessità di inviare campioni da analizzare  <input type="checkbox"/></p>	<p>1) Verifica corretto conteggio di garze, aghi e altro strumentario  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Non applicabile</p> <p>2) Conferma che il Campione Chirurgico 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 e apparecchiature  <input type="checkbox"/></p> <p>4) Verifica del piano per il trattamento del dolore post-operatorio  <input type="checkbox"/></p> <p>5) Verifica del Piano per la profilassi del tromboembolismo post-operatorio  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Non applicabile</p>

Firma Infermiere/Ostetrica/OSS

Firma Chirurgo