

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

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

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

Firma Infermiere/Ostetrica/OSS
Firma Chirurgo