

Nome e Cognome paziente \_\_\_\_\_ Data Intervento \_\_\_\_\_

## MODULO A

SIGN-IN I controlli da effettuare all'accettazione	TIME-OUT I controlli da effettuare prima dell'inizio dell'intervento	SIGN-OUT I 4 controlli da effettuare prima dell'uscita dall'ambulatorio
<p>1) Il paziente ha confermato:</p> <p><input type="checkbox"/> Identità  <input type="checkbox"/> Sede Intervento  <input type="checkbox"/> Procedura  <input type="checkbox"/> Consenso</p> <p>2) Verifica presenza e correttezza della marcatura del sito dell'intervento  <input type="checkbox"/></p> <p>3) Il paziente riferisce/presenta allergie?  <input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p> <p>4) Verifica se il paziente assume anticoagulanti/antiaggreganti  <input type="checkbox"/></p> <p>5) Verifica midriasi  <input type="checkbox"/></p> <p>6) Eseguito posizionamento di accesso venoso  <input type="checkbox"/></p>	<p>1) I componenti dell'équipe confermano:</p> <p><input type="checkbox"/> Identità del paziente  <input type="checkbox"/> Procedura da eseguire e sede intervento</p> <p>2) Eseguita la verifica del potere della lente da impiantare  <input type="checkbox"/>    <input type="checkbox"/> Non applicabile</p> <p>3) L'Anestesista ha informato l'équipe sulle specificità del paziente, rischio ASA ed altre criticità  <input type="checkbox"/>    <input type="checkbox"/> Non applicabile</p>	<p>Il coordinatore della check list conferma verbalmente insieme ai componenti dell'équipe:</p> <p>1) Verifica conteggio finale di aghi e altro strumentario chirurgico  <input type="checkbox"/>    <input type="checkbox"/> Non applicabile</p> <p>2) Verifica identificazione e segnalazione di problemi relativi a dispositivi medici  <input type="checkbox"/></p> <p>3) I componenti dell'équipe hanno valutato gli aspetti relativi alla gestione dell'assistenza postoperatoria  <input type="checkbox"/></p>

Firma Infermiere

Firma Anestesista

Firma Chirurgo