

CHECKLIST PREOPERATORIA:

(ALLEGATO 1)

Verifiche dell'infermiere dell'U.O. prima dell'invio del paziente in Sala Operatoria.

<p>ETICHETTA CON I DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE SE PRESENTE:</p> <p align="center">oppure</p> <p>Cognome.....</p> <p>.....</p> <p>Nome.....</p> <p>Data e luogo di nascita.....</p> <p>.....</p>	<p>UNITA' OPERATIVA (U.O.):</p> <p>.....</p> <p>P.O.:</p> <p>.....</p>	<p>Intervento:</p> <p>Urgente <input type="checkbox"/></p> <p>Programmato <input type="checkbox"/></p>
---	--	---

Periodo di preparazione: il giorno che precede l'intervento data..... ora.....

	SI	NO	Note
Consenso informato all'intervento firmato;			
Consenso informato all'anestesia firmato;			
Esami recenti di laboratorio in cartella;			
Esami strumentali in cartella;			
Sacche di sangue disponibili al Centro trasfusionale;			
Presenza di catetere vescicale;			
Presenza di SNG.;			
Preparazione intestinale;			
Igiene personale;			
Presenza di drenaggi (sede e lato);			
Presenza di un Pace makers;			
Allergia ai farmaci;	SI vedere cartella clinica	NO	Note:

Firma dell'Infermiere dell'U.O.

Periodo di preparazione : il giorno dell'intervento data.....ora.....

Identità confermata dal paziente verbalmente	SI	NO	Note
Tricotomia;	SI	NO	Note
Digiuno	SI	NO	Se si specificare da quante ore
Rimozione protesi, lenti a contatto dentiera;	SI	NO	Note
Rimozione gioielli/monili, piercing ecc.;	SI	NO	Note
Rimozione smalto unghie. Make-up, rossetto;	SI	NO	Note
Accessi venosi;	SI	NO	Note
Accesso arterioso;	SI	NO	Note
Profilassi antitromboembolica	SI	NO	Note
Premedicazione	SI	NO	Note
Lato intervento è identificato;	SI	NO	Note
Firma dell' Infermiere di U.O.			