

CHECKLIST PREOPERATORIA OCULISTICA:**(Allegato 2)****Verifiche dell'infermiere dell'U.O. prima dell'invio del paziente in Sala Operatoria.**

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

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

Consenso informato all'intervento firmato;	SI	NO	Note
Consenso informato all'anestesia firmato;	SI	NO	Note
Esami recenti di laboratorio in cartella;	SI	NO	Note
Esami strumentali in cartella;	SI	NO	
Cartella clinica completa	SI	NO	
Presenza di ecobiometria	SI	NO	Note
Profilassi antibiotica locale;	SI	NO	Note
Profilassi antibiotica generale;	SI	NO	Note
Igiene personale;	SI	NO	Note
Presenza di un Pace makers;	SI	NO	Note
Allergia ai farmaci;	SI vedere cartella clinica	NO	Note:

Firma dell'Infermiere dell'U.O. ,