

**CHECKLIST PREOPERATORIA Interventi in Day Surgery :**

**(ALLEGATO 3)**

**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>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.....**

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	
Sacche di sangue disponibili al Centro trasfusionale;	SI	NO	

**Eventuali note per il giorno del ricovero**

**Firma dell'Infermiere dell'U.O.** \_\_\_\_\_

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

Identità confermata dal paziente verbalmente	<b>SI</b>	<b>NO</b>	Note
Tricotomia;	<b>SI</b>	<b>NO</b>	Note
Presenza di catetere vescicale;	<b>SI</b>	<b>NO</b>	Note
Presenza di SNG.;	<b>SI</b>	<b>NO</b>	Note
Preparazione intestinale;	<b>SI</b>	<b>NO</b>	Note
Igiene personale;	<b>SI</b>	<b>NO</b>	Note
Presenza di drenaggi (sede e lato);	<b>SI</b>	<b>NO</b>	Note
Presenza di un Pace makers;	<b>SI</b>	<b>NO</b>	Note
Allergia ai farmaci;	<b>SI</b> vedere cartella clinica	<b>NO</b>	Note:
Accessi venosi;	<b>SI</b>	<b>NO</b>	Note
Accesso arterioso;	<b>SI</b>	<b>NO</b>	Note
Profilassi antitromboembolica	<b>SI</b>	<b>NO</b>	Note
Premedicazione	<b>SI</b>	<b>NO</b>	Note
Lato intervento è identificato;	<b>SI</b>	<b>NO</b>	Note

**Firma dell' Infermiere di U.O.**