

**CHECKLIST PREOPERATORIA Interventi in Day Surgery :**

**(ALLEGATO 3)**

**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.....**

	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Note</b>
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;			

**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.**