



UNITA' OPERATIVA DI CHIRURGIA PEDIATRICA  
Check-list pre-operatoria

Data .....

Cognome e nome paziente.....

Diagnosi.....

	SI	NO		SI	NO
Ricovero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esami Radiologici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scheda di prenotazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Consenso informato procedura chirurgica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Consenso informato anestesia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Esami di laboratorio (check-list anestesia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
E.C.G.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esami Ecografici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consulenza Cardiologica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Richiesta di sangue e/o emoderivati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Peso ed altezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

MEDICAZIONI ACCESSI VASCOLARI		SI	NO		SI	NO
Arterioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prescrizione Terapie/Profilassi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Venoso Centrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Praticata alle ore _____			
Venoso Periferico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

ELIMINAZIONE		SI	NO		SI	NO
Ha urinato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Premedicazione Anestetica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Evacuazione spontanea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Praticata alle ore _____			
Clistere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marchatura sito chirurgico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Catetere vescicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bracciale di identificazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

IGIENE		SI	NO	
Bagno/Doccia , Shampoo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIGIUNO dalle ore _____	
Rimozione di apparecchio dentario, oggetti in oro, lenti,protesi, smalto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Indumenti puliti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Tricotomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

	SI	NO
INGRESSO FAMILIARE S.O.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FIRMA (infermiere UOC di Chirurgia Pediatrica)  
\_\_\_\_\_