



CHECK LIST TECNOLOGICA APERTURA DELLA SALA PARTO ED ISOLA NEONATALE

UOC
GINECOLOGIA E
OSTETRICIA

Emissione
APRILE 2017

SALA PARTO: ZAFFIRO AMBRA SMERALDO CITRINO

TECNOLOGIE	VERIFICHE		CRITICITA' / SOLUZIONE
1) Aspiratori Vacuum	a) presenza tubi connessione b) corretto collegamento c) presenza di sondini CH 8/ 10 d) funzione di aspirazione	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CRITICITA'
			SOLUZIONE
2) Lampada scialitica e/o satellite	a) collegamento rete elettrica/ accensione	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CRITICITA'
			SOLUZIONE
3) Letto travaglio/parto	a) collegamento rete elettrica/accensione b) funzionamento telecomando c) funzionamento accessori	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CRITICITA'
			SOLUZIONE
4) Bilancia elettronica	a) funzionamento/pile di scorta	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CRITICITA'
			SOLUZIONE
5) Temperatura acqua	a) presenza termometro b) temperatura dell'acqua (37°)	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CRITICITA'
			SOLUZIONE
6) Unità respiratoria	a) presenza unità respiratoria manuale b) presenza maschere facciali neonatali N°1 (bianco) e N°2 (rosa) c) presenza maschere ossigeno adulti d) corretto funzionamento della fonte di ossigeno	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CRITICITA'
			SOLUZIONE
7) Monitor multiparametrico	a) check di funzionamento	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CRITICITA'
			SOLUZIONE
8) Cardiotocografo	a) collegamento rete elettrica /accensione b) funzionalità sonde c) data e ora corrette	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CRITICITA'
			SOLUZIONE
9) Lampada radiante	a) collegamento rete elettrica b) funzionamento della lampada radiante	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CRITICITA'
			SOLUZIONE

DATA COMPILAZIONE

FIRMA OSTETRICA
