

Cognome e nome del paziente: data di nascita: data intervento
 Componenti dell'equip: I° Operatore II° Operatore Anestesista
 Infermiere anestesia: Infermiere/Strumentista Infermiere di sala/Tecnico:

<p><i>Da leggere ad alta voce</i></p> <p>Accesso alla Sala Controlli da effettuare prima dell'induzione dell'anestesia Checklist pre-operatoria compilata</p>	<p><i>Da leggere ad alta voce</i></p> <p>Time Out: ore</p> <p>Controlli da effettuare prima dell'incisione della cute</p>	<p><i>Da leggere ad alta voce</i></p> <p>Uscita Sala Controlli da effettuare prima che il paziente abbandoni la sala operatoria:</p>
<p>Sign In: ore →</p> <p>1) Il paziente ha confermato: • Identità <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> • Sede di intervento <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> • Tipologia dell'intervento programmato <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> • Consensi (anestesiologico, chirurgico, emocomponenti): <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 2) L'infermiere ha verificato con il Chirurgo e l'Anestesista: • Eventuali disponibilità emocomponenti: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> • Presenza Consensi (anestesiologico, chirurgico etc) <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> • Il sito dell'intervento è stato marcato: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non applicabile <input type="checkbox"/> non applicabile <input type="checkbox"/></p> <p>Identificazione dei rischi del paziente (Anestesista, Chirurgo, infermiere):</p> <p>3) Valutazione possibili allergie ed adeguata eventuale profilassi <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 4) Controlli per la sicurezza dell'anestesia completati <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non applicabile* <input type="checkbox"/> non applicabile* <input type="checkbox"/> 5) Anestesista: specificità riguardanti il paziente, scala ASA, altro? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 6) Valutazione difficoltà di gestione delle vie aeree <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 7) Rischio di perdita ematica >500 ml: <input type="checkbox"/> si, con accesso venoso adeguato e fluidi disponibili <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p>	<p>1) Tutti i componenti si sono presentati con il proprio nome e funzione <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 2) Il chirurgo, l'anestesista e l'infermiere hanno confermato: identità del paziente, sede d'intervento, procedura chirurgica, il corretto posizionamento. <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 3) • Posizionamento del pulsossimetro sul paziente e corretto funzionamento <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> • Posizionamento piastra elettrovisivi <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Anticipazione di eventuali criticità o preoccupazioni: 4) Chirurgo: durata dell' intervento: < 1h <input type="checkbox"/> 1-2 h <input type="checkbox"/> >2 h <input type="checkbox"/> Rischio di perdita di sangue, <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Documentazione diagnostica <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 5) Infermiere/strumentista: è stata verificata la sterilità (compresi i risultati degli indicatori) ? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 6) Ci sono eventuali problemi relativi ai dispositivi e/o altre preoccupazioni? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 7) La profilassi antibiotica è stata eseguita negli ultimi 60 minuti? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p>	<p>Il Chirurgo e l'Anestesista confermano verbalmente: 1) nome della procedura registrata: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 2) Predisposizione del piano di assistenza post operatoria <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 3) Piano per la profilassi del tromboembolismo post operatorio <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 4) Il campione chirurgico, con relativo contenitore e richiesta, è stato etichettato (compreso l'identificativo del paziente e descrizione del campione) <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non applicabile* <input type="checkbox"/> non applicabile* <input type="checkbox"/> 5) Il conteggio finale di garze, bisturi, aghi e altro strumentario chirurgico, è risultato corretto <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 6) Eventualità di problemi relativi all'uso di dispositivi medici <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p>

Firma Chirurgo:..... Firma Anestesista:.....

Firma Coordinatore checklist (inf. di Sala) Procedura eseguita

*Non applicabile: opzione da usare esclusivamente (ove previsto) nei casi in cui si tratti di organo singolo ovvero di procedure interventistiche minori per le quali non è previsto l'anestesista o nel caso in cui non si prelevino campioni chirurgici per esami

