



(Allegato 7)

Azienda USL Pescara
Direttore Generale Dr. C. D'Amario

U.O.S. Risk Management

Rev. 1
Giugno 2014

PROCEDURA
“La sicurezza in Sala Operatoria.
L'adozione della checklist preoperatoria e della
checklist chirurgica”

Pagine n° 14

Redazione	U.O.S.Risk Management.
Gruppo di lavoro	Dr.ssa Annamaria Ambrosi; Dr. Tullio Spina; Dott.ssa Marialetizia Quinto; Dott.ssa Tiziana Lombardi; Dott. Enzo Cafarelli.
Verifica Operativa	Direttori/Dirigenti Medici//Coordinatori Infermieristici e Ostetriche
Autorizzazione Pubblicazione	Direzione Sanitaria AUSL Pescara
Emissione	Data:

	Direzione Sanitaria Aziendale	U.O.S.Risk Management
	Dr. Fernando Guarino	Dr.ssa Annamaria Ambrosi
Firma		

INDICE

Definizione ed Acronimi	Pag. 3
Introduzione	Pag. 4
Obiettivo	Pag. 4
Istruzioni operative	Pag. 4
Coordinatore della chek-list	Pag. 5
Descrizione degli strumenti:	Pag. 5
Azioni e Responsabilità	Pag. 6
Indicatori di efficienza ed efficacia	Pag. 12
Campo di applicazione	Pag. 12
Tempi di attuazione del documento	Pag. 12
Destinatari del documento	Pag. 12
Matrice delle Responsabilità	Pag. 13
Distribuzione e conservazione del documento	Pag. 13
Implementazione e aggiornamento	Pag. 14
Riferimento Bibliografici	Pag. 14
Allegati	Pag. 14

DEFINIZIONI ED ACRONIMI

Sicurezza dei pazienti: dimensione della qualità dell'assistenza sanitaria, che garantisce, attraverso l'identificazione, l'analisi e la gestione dei rischi e degli incidenti possibili per i pazienti, la progettazione e l'implementazione di sistemi operativi e di processi che minimizzano la probabilità di errore, i rischi potenziali e i conseguenti possibili danni ai pazienti.

Evento avverso: evento inatteso, correlato al processo assistenziale, che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è "un evento avverso prevenibile".

Raccomandazioni per la sicurezza dei pazienti: sono tutte le indicazioni rivolte alle strutture sanitarie e/o ai professionisti, finalizzate alla riduzione del rischio di occorrenza di eventi avversi e prodotte da istituzioni del SSN nell'ambito del sistema di monitoraggio degli eventi sentinella proposto dal Ministero della salute.

Interventi chirurgici: sono tutte le procedure eseguite in sala operatoria che comprendono incisioni, escissioni, manipolazioni o suture di tessuti che solitamente richiedono anestesia locale, regionale o generale, o profonda sedazione per il controllo del dolore.

Equipe operatoria: comprende chirurghi, anestesisti, infermieri, tecnici e tutto il personale di sala operatoria coinvolto nell'attività chirurgica. La responsabilità della sicurezza e dell'esito degli interventi chirurgici non è attribuibile al singolo chirurgo ma a tutti i componenti dell'equipe.

Coordinatore check-list: è l'operatore identificato per ogni seduta operatoria tra i componenti dell'equipe operatoria, che soltanto dopo aver accertato l'avvenuto controllo, si farà carico di contrassegnare la casella del relativo item.

L'OMS ed il Ministero della Salute suggeriscono di identificare il coordinatore con un Infermiere/a di sala operatoria. Il coordinatore di check-list NON è il coordinatore infermieristico dell'U.O.

Sign-In: prima fase della check-list. Si svolge prima dell'induzione dell'anestesia; richiede la presenza di tutti i componenti dell'equipe e comprende sette controlli.

Time-Out: seconda fase della check-list. È un breve momento di "pausa chirurgica" che si svolge dopo l'induzione dell'anestesia e prima dell'incisione cutanea; richiede il coinvolgimento di tutti i componenti dell'equipe e comprende sette controlli.

Sign-Out: è la terza fase della check-list. Ha l'obiettivo di facilitare l'appropriato trasferimento delle informazioni all'equipe e al personale responsabile per l'assistenza del paziente dopo l'intervento. Dovrebbe essere completato prima che il paziente abbandoni la sala operatoria e prima che il chirurgo lasci la sala operatoria; può anche coincidere con la chiusura della ferita chirurgica e comprende sei controlli.

OMS: Organizzazione Mondiale della Sanità.

UO: Unità Operativa.

CdC: Coordinatore delle check-list.

All.: Allegato.

INTRODUZIONE

Le morti e le complicazioni in ambito chirurgico sono un problema globale di salute pubblica. Nel Giugno 2008 l'OMS ha lanciato una campagna sulla base delle raccomandazioni "Guidelines for Surgery". La campagna include una checklist quale strumento guida per l'esecuzione dei controlli a supporto delle équipes operatorie.

Il Ministero della Salute e delle Politiche Sociali ha pubblicato nell'ottobre 2009 il "Manuale per la sicurezza in Sala Operatoria" (disponibile sul sito <http://www.ministerosalute.it>).

Il Manuale propone l'adozione delle raccomandazioni elaborate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nell'ambito del programma "Safe Surgery Save Lives" e l'adozione della checklist adattata alla realtà nazionale, alla quale ha aggiunto ai 19-item un ulteriore item riguardante il controllo del piano per la profilassi del tromboembolismo venoso.

La checklist è uno strumento a garanzia del risultato del lavoro standard routinario complesso, con la finalità di fornire, in modo sistematico, l'aderenza all'implementazione degli standard di sicurezza raccomandati per prevenire la mortalità e le complicanze post-operatorie.

Tale strumento sostiene sia i cambiamenti di sistema, sia i comportamenti individuali rafforzando gli standard per la sicurezza ed i processi di comunicazione.

1. OBIETTIVO

L'U.O.S. di Risk Management, attraverso l'applicazione delle **checklist per la sicurezza del paziente chirurgico**, intende migliorare la sicurezza in tutte le sale operatorie e nel corso di tutte le procedure chirurgiche effettuate nella AUSL di Pescara, per azzerare il rischio clinico e ridurre il contenzioso aziendale medico legale.

CHECK-LIST PREOPERATORIA (AII.1), CHECKLIST PREOPERATORIA OCULISTICA (AII. 2), CHECKLIST PREOPERATORIA DAY SURGERY (ALL.3), CHECKLIST PREOPERATORIA CHIRURGIA PEDIATRICA (AII.4), CHECKLIST CHIRURGICA (AII. 5) E CHECKLIST CHIRURGICA DAY SURGERY (AII. 6)

2. ISTRUZIONI OPERATIVE: CORRETTA COMPILAZIONE DELLE CHECKLIST

L'applicazione delle checklist, contestualizzate alla realtà locale, deve essere accompagnata da una corretta ed esauriente "informazione al paziente", specificandone la funzione e l'importanza di tutti i controlli che vengono effettuati. La corretta compilazione di questi strumenti e la completezza delle informazioni sono fondamentali per reperire tutti i dati delle attività svolte dagli operatori coinvolti.

Il processo di compilazione delle checklist segue il percorso operatorio del paziente:

Compilazione a cura della **U.O. di provenienza** della checklist preoperatoria → controlli relativi alla preparazione del Paziente per l'intervento.

Compilazione a cura della **Blocco Operatoria** della checklist chirurgica → controlli pre-sala, sala operatoria, sala risveglio, rientro in reparto.

La checklist è parte integrante della documentazione clinica del paziente assumendo una veste di macro-procedura con funzione di certificazione dell'avvenuta attuazione di sottoprocedure orientate alla sicurezza del paziente nel percorso operatorio.

3. STRUMENTI.

CHECKLIST PREOPERATORIA: deve essere applicata prima che il paziente venga accompagnato in sala operatoria dall'operatore dell'U.O. di degenza e si riferisce alle verifiche delle procedure svolte relative alla preparazione all'intervento chirurgico.

CHECKLIST CHIRURGICA: deve essere applicata quando il paziente è in sala operatoria e comprende le seguenti tre fasi:

- ❖ **Sign – In:** Prima dell'induzione dell'anestesia;
- ❖ **Time – Out:** Preve momento di "pausa chirurgica" che si svolge dopo l'induzione dell'anestesia e prima dell'incisione cutanea;
- ❖ **Sign – Out:** Prima che il paziente lasci la sala operatoria; ha l'obiettivo di facilitare l'appropriato trasferimento delle informazioni all'equipe e al personale responsabile per l'assistenza del paziente dopo l'intervento.

4. "COORDINATORE DELLA CHECKLIST"(CdC)

Per migliorare l'implementazione della checklist è necessaria la designazione di un **coordinatore della checklist** tra i componenti dell'equipe operatoria. Il **coordinatore della checklist** sarà responsabile della verifica dei controlli da parte dei rispettivi componenti dell'equipe operatoria e soltanto dopo aver accertato l'avvenuto controllo si farà carico di contrassegnare la casella del relativo item.

In linea l'OMS e il Ministero, si suggerisce di identificare il Coordinatore con un Infermiere/a di sala operatoria.

E' necessario che in rapporto all'organizzazione delle sale esista un Coordinatore della checklist per ogni seduta operatoria.

Il Coordinatore è l'elemento chiave, è colui/ei che si porta al posto giusto al momento giusto e che scandisce le voci della checklist prendendo nota dell'adeguatezza o meno delle risposte da parte di tutti gli "attori".

La compilazione, da parte del Coordinatore, dell'apposita scheda cartacea (Allegato 2) si riduce in pratica ad un "**controllo dei controlli effettuati**".

Gli operatori (Chirurghi, Anestesisti, Infermieri) sono tenuti a facilitare al massimo il compito del Coordinatore fornendo un ambiente ricettivo e rispondendo adeguatamente a tutte le domande a loro poste. Il Coordinatore dovrà mettere le data e i nomi dei componenti dell'equipe chirurgica.

E' previsto che la maggioranza dei controlli venga effettuata verbalmente per verificare che siano stati eseguiti.

In ciascuna fase è importante creare un ambiente lavorativo che faciliti il compito del Coordinatore.

5. DESCRIZIONE DEGLI STRUMENTI

- CHECKLIST PREOPERATORIA (All.1, All 2 All.3)

La check-list include la parte con i dati identificativi del Paziente, dell'U.O. e le 2 fasi relative al:

- ↓ **Periodo di preparazione il giorno che precede l'intervento;**
- ↓ **Periodo di preparazione il giorno dell'intervento.**

L'infermiere/a deve firmare il modulo alla fine di ogni verifica effettuata il giorno prima dell'intervento e il giorno dell'intervento.

- CHECKLIST CHIRURGICA (All.5 e 6)

La checklist include 3 fasi di verifica:

Sign In, Time Out, Sign Out, con gli item per i controlli da effettuare prima, durante e alla fine dell'intervento chirurgico e le relative caselle da contrassegnare soltanto dopo l'avvenuto controllo.

6. AZIONI E RESPONSABILITA'

1° fase: Sign In

Si svolge nel blocco operatorio prima dell'induzione dell'anestesia, richiede la presenza di tutti i componenti dell'equipe e comprende i seguenti controlli:

SIGN IN			
QUANDO	CHI	AZIONE	COME
Prima che il paziente riceva qualsiasi farmaco che possa influenzare le sue funzioni cognitive	Coordinatore della checklist	<p>Controllo della checklist preoperatoria; Conferma da parte del paziente di identità, sito, procedura chirurgica, consenso e conferma marcatura sito operatorio.</p> <p>→ Deve:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chiedere al paziente di dichiarare il proprio nome, la data di nascita, la ragione dell'intervento e il sito chirurgico • Verificare che le risposte del paziente siano congruenti con la documentazione clinica, con il consenso all'atto sanitario e, laddove presente, con il braccialetto d'identificazione; • Verificare che il braccialetto identificativo del paziente sia stato rimosso o meno; • Se il paziente, per la propria condizione clinica o per l'età, non è in grado di rispondere alle domande poste sulla corretta identificazione, è necessario coinvolgere i familiari o altre persone in grado di rispondere correttamente • Confermare la presenza del contrassegno del sito chirurgico (va fleggato il quadrato "non applicabile" quando la marcatura del sito non è necessaria, es. intervento su organi singoli). 	
	Coordinatore della checklist, Anestesista e Chirurgo	<p>Controlli per la sicurezza dell'anestesia ed identificazione dei Rischi.</p> <p>→ Devono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controllare verbalmente che siano stati effettuati i controlli per la sicurezza dell'anestesia (gestione paziente, farmaci e presidi, apparecchiature); • Controllare verbalmente che sia stato valutato il rischio di reazioni allergiche, difficoltà della gestione delle vie aeree, di perdite ematiche. 	

Schema del Sign In



Quando:
Prima dell'induzione dell'anestesia



Chi:

**E' richiesto il coinvolgimento di tutti
Componenti dell'equipe**

CONTROLLI



1) *il paziente ha confermato
identità, sede d'intervento,
procedura e consensi*



2) *conferma marcatura
del sito d'intervento*



3) *conferma dei controlli per la
sicurezza dell'anestesia*



4) *identificazione rischi allergie*



6) *identificazione rischi:
difficoltà di gestione delle vie aeree o
rischio di aspirazione,
eventuali perdite ematiche*

2° fase: Time Out

E' un breve momento di "pausa chirurgica" che si svolge dopo l'induzione dell'anestesia e prima dell'incisione cutanea; richiede il coinvolgimento di tutti i componenti dell'equipe e comprende i seguenti controlli:

TIME OUT			
QUANDO	CHI	AZIONE	COME
Dopo l'induzione dell'anestesia e prima dell'incisione cutanea	Coordinatore della checklist →	Presentazione dell'equipe: Chiede ad ogni componente dell'equipe operatoria di presentarsi, enunciando il proprio nome e il proprio ruolo. Se tale presentazione è già avvenuta nel corso della giornata operatoria, può essere sufficiente che ognuno confermi di conoscere tutti gli altri componenti dell'equipe.	
	Coordinatore della checklist → Chirurgo, Anestesista e Infermiere confermano	Conferma identità, tipo di procedura chirurgica, sede, corretto posizionamento del paziente. Chiede all'equipe operatoria di confermare ad alta voce: <ul style="list-style-type: none"> • Nome del paziente; • Sito chirurgico; • Procedura chirurgica; • Corretto posizionamento del paziente rispetto all'intervento programmato; • Corretto posizionamento e funzionamento del pulsossimetro; • Corretto posizionamento della piastra elettrobisturi. Ogni casella deve essere riempita soltanto dopo che il chirurgo, l'anestesista e l'infermiere abbiano dato conferma.	
	Coordinatore della checklist →	Anticipazione di eventuali criticità: Chiede ad ogni componente dell'equipe, a turno, di evidenziare gli eventuali elementi critici del programma operatorio, utilizzando, come guida, le domande della check-list.	
	Coordinatore della checklist →	Profilassi antibiotica: Chiede ad alta voce di confermare che la profilassi antibiotica sia stata somministrata nei 30-60 minuti precedenti. Il responsabile della somministrazione della profilassi antibiotica deve fornire conferma verbale. Nel caso in cui l'antibiotico sia stato somministrato da oltre 60 minuti, dovrà essere somministrata la dose aggiuntiva di antibiotico (tenere conto delle linee guida aziendali della profilassi antibiotica); fino a quando la dose aggiuntiva non sia stata somministrata, il coordinatore deve lasciare la casella in bianco	
	Coordinatore della checklist →	Visualizzazione immagini: Chiede al chirurgo se ha visualizzato o meno le immagini del paziente necessarie per l'intervento. In caso affermativo, conferma che le immagini essenziali sono disponibili nella sala e pronte per essere visualizzate l'intervento.	

Schema del Time Out

Quando:

Dopo l'induzione dell'anestesia

prima dell'incisione chirurgica per confermare che i diversi controlli siano stati eseguiti

Chi: E' richiesto il coinvolgimento di tutti i Componenti dell'equipe

CONTROLLI

1) *si sono presentati tutti i componenti dell'equipe con il proprio nome e funzione*

2) *il chirurgo, l'anestesista e l'infermiere hanno confermato identità del paziente, del sito d'intervento e il corretto posizionamento*

3) *conferma del posizionamento del pulsossimetro e verifica del corretto funzionamento*

4) *criticità chirurgo*

5) *criticità infermiere*

6) *eventuali problemi relativi ai dispositivi e/o altro*

7) *conferma profilassi antibiotica eseguita negli ultimi 60 minuti*

3° fase: Sign Out

L'obiettivo del Sign Out è quello di facilitare l'appropriato trasferimento delle informazioni all'equipe e al personale responsabile per l'assistenza al paziente dopo l'intervento. Il Sign Out deve essere completato prima che il paziente lasci la sala operatoria, può anche coincidere con la chiusura della ferita chirurgica, deve essere completato prima che il chirurgo abbia lasciato la sala operatoria e comprende i seguenti controlli.

SIGN OUT		
QUANDO	CHI	AZIONE COME
Fine intervento (chiusura ferita chirurgica)	Coordinatore della checklist →	Nome della procedura chirurgica registrata: Chiede conferma al chirurgo ed al resto dell'equipe della procedura effettuata. Ad esempio potrebbe chiedere: "quale procedura è stata effettuata" oppure chiedere conferma: "noi abbiamo effettuato la procedura X, è vero?", dal momento che la procedura potrebbe essere modificata nel corso dell'intervento.
	Coordinatore della checklist →	Revisione degli elementi critici per l'assistenza post-operatoria Chiede conferma che il chirurgo, l'anestesista e l'infermiere abbiano revisionato gli aspetti importanti e gli elementi critici per la gestione dell'assistenza post-operatoria del paziente, focalizzando l'attenzione sugli eventuali problemi intra-operatori o anestesiológicos che possono influire negativamente sul decorso post-operatorio. Eventuali criticità devono essere riportate nella documentazione clinica del paziente, ciascuno per la propria area di competenza.
	Coordinatore della checklist →	Conferma del piano per la profilassi del tromboembolismo venoso Chiede conferma al chirurgo che sia stato predisposto il piano per la profilassi del tromboembolismo post-operatorio es: mobilizzazione precoce, dispositivi compressivi, farmaci.
	Coordinatore della checklist →	Conferma etichettatura campione per esame istologico: Chiede che l'infermiere di sala operatoria legga ad alta voce i dati anagrafici del paziente e la descrizione dei campioni riportati sulla etichettatura dei campioni chirurgici.
	Coordinatore della checklist →	Conteggio finale di garze, taglienti e strumentario chirurgico: Chiede conferma dell'avvenuto conteggio di garze e strumentario chirurgico utilizzato riportate nella procedura per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico. Nel caso in cui si verificano discrepanze nel conteggio finale, l'equipe operatoria deve essere avvisata tempestivamente in modo da poter adottare opportuni provvedimenti.
	Coordinatore della checklist →	Registrazione degli eventuali problemi manifestatisi con l'uso dei dispositivi medici: Assicura che qualora siano emersi eventuali problemi nel funzionamento dei dispositivi, questi vengano identificati attraverso cartelli che segnalino il malfunzionamento applicati al dispositivo stesso e segnalati al coordinatore infermieristico in modo da evitare che il dispositivo venga riutilizzato prima che il problema sia stato risolto.
	Coordinatore della checklist →	Ri-applicazione braccialetto identificativo Verifica che, in caso di rimozione del braccialetto identificativo al paziente, prima che esca dalla sala operatoria, ne sia stato applicato uno nuovo.

Schema del Sign Out

Quando

Si svolge durante o immediatamente dopo la chiusura della ferita chirurgica e prima che il paziente lasci la sala operatoria



Chi: E' richiesto il coinvolgimento di tutti i Componenti dell'equipe

CONTROLLI



1) conferma nome della procedura effettuata e sua registrazione



2) chirurgo, anestesista e infermiere revisionano gli aspetti importanti e gli elementi critici per la gestione dell'assistenza post-operatoria



3) conferma del piano per la Profilassi del tromboembolismo venoso



4) conferma etichettatura del campione



5) conferma conteggio finale di garze bisturi, aghi ed altro strumentario chirurgico



6) conferma problemi relativi all'uso di dispositivi medici

La checklist deve essere firmata, alla fine, dal chirurgo, dall'anestesista e dal coordinatore della checklist(es. Infermiere di Sala) e completa verrà inclusa nella cartella clinica come parte integrante della documentazione clinica del paziente.

INDICATORI DI EFFICIENZA ED EFFICACIA

Indicatore	Raccolta dati	Tempi	Analisi dati	Valore atteso
Numero di Checklist compilate in ogni voce/numero dei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico	Modalità di raccolta: analisi cartelle cliniche	Analisi dati: semestrale	Responsabile analisi: Servizio Rischio Clinico	100%

7. CAMPO D'APPLICAZIONE

Si applica su tutte le procedure chirurgiche ed invasive che vengono eseguite in sala operatoria: chirurgia programmata e d'urgenza (escluso l'emergenza); chirurgia in day-surgery; chirurgia per via endoscopica, nel periodo di preparazione all'intervento (giorni – ore prima dell'intervento: **checklist preoperatoria**); nel periodo immediatamente precedente l'ingresso in sala operatoria, in quello immediatamente precedente l'inizio dell'intervento ed in quello prima che il paziente lasci la sala operatoria (**checklist chirurgica**).

E' rivolta a tutti gli operatori sanitari (equipe chirurgiche e relative componenti professionali: chirurghi, anestesisti, infermieri, tecnici e altro personale di sala operatoria) coinvolti in attività di tipo chirurgico o che effettuano procedure di tipo invasivo.

8. TEMPI DI ATTUAZIONE

Il presente documento entrerà in vigore dalla data della sua approvazione e sarà consultabile sul sito della AUSL di Pescara www.ausl.pe.it

9. DESTINATARI DEL DOCUMENTO

Direzioni Sanitarie dei PP.OO., Direttori di dipartimento chirurgico e di anestesia e rianimazione, Coordinatori e referenti infermieristici e tutti i responsabili dell'organizzazione e gestione delle sale operatorie;

10. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

R= responsabile azione

C= Collaboratore

A= approvazione

S = Supervisione

	Direttore Sanitario Aziendale; Ufficio Affari Legali	Responsabile Ufficio Gestione Rischio Clinico	Direttori Medici dei Presidi Ospedalieri	Direttori Dipartimenti UU.OO.	Dirigenti Medici UU.OO	Coordinatori/ Referenti Inf.ci/Tecnici UU.OO.
Predisposizione della Procedura	R	R		C		C
Approvazione	R					
Revisione della Procedura		R			C	C
Distribuzione della Procedura						C
Archiviazione Modulo scritti nella Cartella Clinica				S	R	R
Attuazione			R	R		R
Monitoraggio	S	R	C	C		C

11. DISTRIBUZIONE E CONSERVAZIONE

Questo documento originale viene conservato dalla Direzione della Struttura che lo ha emesso. Una copia viene conservata dalla Direzione Sanitaria Aziendale e dalle Direzioni Mediche dei PP.OO. che provvederanno alla distribuzione del documento stesso.

Tutte le strutture che lo ricevono, e a cui è richiesta l'adozione, devono assicurare l'accessibilità dello stesso da parte di tutti i professionisti interessati e, inoltre, devono essere in grado di dimostrare che tutto il personale abbia letto e conosca le informazioni e i documenti di loro competenza.

12. IMPLEMENTAZIONE E AGGIORNAMENTO

L'U.O.S. di Risk Management in collaborazione con le Direzioni dei Presidi Ospedalieri e con i Direttori di Dipartimento, è responsabile dell'implementazione della presente procedura, che verrà distribuita e conservata all'interno delle Strutture interessate e dovrà essere portata a conoscenza di tutto il personale.

La presente procedura sarà oggetto di revisione periodica, sulla scorta di eventuali ulteriori Raccomandazioni Ministeriali e sulla base delle evidenze emerse e dei risultati della sua applicazione nella pratica clinica.

13. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Ministero della Salute - Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist ottobre 2009.

SITOGRAFIA

<http://www.salute.gov.it/imgs/C>

[www.sdb.unipd.it/Azienda Ospedaliera Universitaria Padova](http://www.sdb.unipd.it/Azienda%20Ospedaliera%20Universitaria%20Padova)

14. ALLEGATI:

CHECK-LIST PREOPERATORIA (All.1)

CHECK-LIST PREOPERATORIA OCULISTICA (All.2)

CHECK-LIST PREOPERATORIA DAY SURGERY ALL.3,

CHECK-LIST PREOPERATORIA CHIRURGIA PEDIATRICA All.4)

CHECK-LIST CHIRURGICA (All.5)

CHECK-LIST CHIRURGICA D.Surgery (All.6)

CHECKLIST PREOPERATORIA:**(ALLEGATO 1)****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.....

	SI	NO	Note
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;			
Presenza di catetere vescicale;			
Presenza di SNG.;			
Preparazione intestinale;			
Igiene personale;			
Presenza di drenaggi (sede e lato);			
Presenza di un Pace makers;			
Allergia ai farmaci;	SI vedere cartella clinica	NO	Note:

Firma dell'Infermiere dell'U.O.

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

Identità confermata dal paziente verbalmente	SI	NO	Note
Tricotomia;	SI	NO	Note
Digiuno	SI	NO	Se si specificare da quante ore
Rimozione protesi, lenti a contatto dentiera;	SI	NO	Note
Rimozione gioielli/monili, piercing ecc.;	SI	NO	Note
Rimozione smalto unghie. Make-up, rossetto;	SI	NO	Note
Accessi venosi;	SI	NO	Note
Accesso arterioso;	SI	NO	Note
Profilassi antitromboembolica	SI	NO	Note
Premedicazione	SI	NO	Note
Lato intervento è identificato;	SI	NO	Note
Firma dell' Infermiere di U.O.			

CHECKLIST PREOPERATORIA OCULISTICA:**(Allegato 2)****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.....			
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	
Cartella clinica completa	SI	NO	
Presenza di ecobiometria	SI	NO	Note
Profilassi antibiotica locale;	SI	NO	Note
Profilassi antibiotica generale;	SI	NO	Note
Igiene personale;	SI	NO	Note
Presenza di un Pace makers;	SI	NO	Note
Allergia ai farmaci;	SI vedere cartella clinica	NO	Note:
Firma dell'Infermiere dell'U.O. }			

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.....

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

Firma dell' Infermiere di U.O.



(ALLEGATO 4)

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"/>				
Catetere vescicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marchatura sito chirurgico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bracciale di identificazione	<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)

Cognome e nome del paziente: data di nascita: data intervento
 Componenti dell'equipe: 1° Operatore II° Operatore Anestesista.....
 Infermiere anestesia..... Infermiere/Strumentista Infermiere di sala /Tecnico.....

<p>Da leggere ad alta voce</p> <p>Accesso alla Sala <i>Controlli da effettuare prima dell'induzione dell'anestesia</i> Checklist pre-operatoria compilata</p>	<p>Da leggere ad alta voce</p> <p>Time Out: ore</p> <p><i>Controlli da effettuare prima dell'incisione della cute</i></p>	<p>Da leggere ad alta voce</p> <p>Uscita Sala <i>Controlli da effettuare prima che il paziente abbandoni la sala operatoria:</i></p>
<p>Sign In: ore →</p> <p>1) Il paziente ha confermato:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identità <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no • Sede di intervento <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no • Tipologia dell'intervento programmato <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no • Consensi (anestesiologico, chirurgico, emocomponenti): <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <p>2) <u>L'infermiere ha verificato con il Chirurgo e l'Anestesista:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Eventuali disponibilità emocomponenti: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no • Presenza Consensi (anestesiologico, chirurgico etc) <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no • Il sito dell'intervento è stato marcato: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <p>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</p> <p>4) Controlli per la sicurezza dell'anestesia completati <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no</p> <p>non applicabile* <input type="checkbox"/></p> <p>5) Anestesista: specificità riguardanti il paziente, scala ASA, altro? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no</p> <p>6) Valutazione difficoltà di gestione delle vie aeree <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no</p> <p>7) Rischio di perdita ematica >500 ml: <input type="checkbox"/> si, con accesso venoso adeguato e fluidi disponibili <input type="checkbox"/> no</p>	<p>1) Tutti i componenti si sono presentati con il proprio nome e funzione <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no</p> <p>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</p> <p>3) <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posizionamento del pulsossimetro sul paziente e corretto funzionamento <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no • Posizionamento piastra elettrobisturi <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <p>Anticipazione di eventuali criticità o preoccupazioni:</p> <p>4) Chirurgo: durata dell' intervento: < 1h <input type="checkbox"/> 1-2 h <input type="checkbox"/> >2 h <input type="checkbox"/></p> <p>Rischio di perdita di sangue, <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no</p> <p>Documentazione diagnostica <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no</p> <p>5) Infermiere/strumentista: è stata verificata la sterilità (compresi i risultati degli indicatori) ? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no</p> <p>6) Ci sono eventuali problemi relativi ai dispositivi e/o altre preoccupazioni? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no</p> <p>7) La profilassi antibiotica è stata eseguita negli ultimi 60 minuti? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no</p>	<p>Il Chirurgo e l'Anestesista confermano verbalmente:</p> <p>1) nome della procedura registrata: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no</p> <p>2) Predisposizione del piano di assistenza post operatoria <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no</p> <p>3) Piano per la profilassi del tromboembolismo post operatorio <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no</p> <p>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</p> <p>non applicabile* <input type="checkbox"/></p> <p>5) Il conteggio finale di garze, bisturi, aghi e altro strumentario chirurgico, è risultato corretto <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no</p> <p>6) Eventualità di problemi relativi all'uso di dispositivi medici <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no</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

Cognome e nome del paziente: data di nascita: data intervento:
 Componenti dell' equipie: I° Operatore II° Operatore Anestesista.....
 Infermiere anestesista..... Infermiere/Strumentista Infermiere di sala

<p><i>Da leggere ad alta voce</i></p> <p>Sign In: ore →</p> <p>Accesso alla Sala</p> <p>Controlli da effettuare prima dell' induzione dell' anestesia</p> <p>Checklist pre-operatoria compilata si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></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>Sign Out: ore</p> <p>Uscita Sala</p> <p>Controlli da effettuare prima che il paziente abbandoni la sala operatoria:</p>
<p>1) Il paziente ha confermato:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identità si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> • Sede di intervento si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> • Tipologia dell' intervento programmato si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> • Consenso chirurgico si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <p>2) <u>L'infermiere ha verificato con il Chirurgo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Presenza Consenso chirurgico si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> • Il sito dell' intervento è stato marcato: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <p>non applicabile <input type="checkbox"/></p>	<p>1) Tutti i componenti si sono presentati con il proprio nome e funzione si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>2) Il chirurgo (l' anestesista se la prestazione lo richiede) e l' infermiere hanno confermato: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>Identità del paziente, sede d' intervento, procedura chirurgica, il corretto posizionamento. si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>3) si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"> • Posizionamento del pulsossimetro sul paziente e corretto funzionamento si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> • Posizionamento piastra elettrobisturi si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <p>Non richiesta <input type="checkbox"/></p>	<p>Il Chirurgo (l'Anestesista se la prestazione lo richiede) conferma verbalmente:</p> <p>1) nome della procedura registrata: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>2) Predisposizione del piano di assistenza post operatoria si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>3) Piano per la profilassi del tromboembolismo post operatorio si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p>
<p>Identificazione dei rischi del paziente (Chirurgo, Infermiere):</p> <p>3) Valutazione possibili allergie ed adeguata eventuale profilassi si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p>	<p>Anticipazione di eventuali criticità o preoccupazioni:</p> <p>4) Chirurgo: durata dell' intervento: < 1h <input type="checkbox"/> 1-2 h <input type="checkbox"/> >2 h <input type="checkbox"/></p> <p>Documentazione diagnostica si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p>	<p>4) Il campione chirurgico, con relativo contenitore e richiesta, è stato etichettato (compreso l' identificativo del paziente e descrizione del campione) si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>non applicabile* <input type="checkbox"/></p>
<p>4) Se richiesta la prestazione dell' Anestesista:</p> <p>– Presenza consenso anestesilogico si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>-- Controlli per la sicurezza dell' anestesia completati si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>non applicabile* <input type="checkbox"/></p> <p>5) Anestesista: specificità riguardanti il paziente, scala ASA, altro? si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p>	<p>5) Infermiere/strumentista: è stata verificata la sterilità (compresi i risultati degli indicatori) ? si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>6) Ci sono eventuali problemi relativi ai dispositivi e/o altre preoccupazioni? si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>7) La profilassi antibiotica è stata eseguita negli ultimi 60 minuti? si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p>	<p>5) Il conteggio finale di garze, bisturi, aghi e altro strumentario chirurgico, è risultato corretto si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>6) Eventualità di problemi relativi all' uso di dispositivi medici si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>Coordinatore checklist Firma.....</p> <p>Chirurgo</p> <p>Anestesista</p> <p>(se la prestazione lo richiede)</p>
<p>6) Valutazione difficoltà di gestione delle vie aeree si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p>		

*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.

