



CHECKLIST PER LA SICUREZZA IN SALA OPERATORIA

Cognome e nome del paziente _____ Data di nascita: ____/____/____ P.O. _____ U.O. _____

Intervento chirurgico _____ Data intervento ____/____/____

Da leggere ad alta voce

SIGN IN: ore _____ →

Accesso in Pre-Sala - Controlli da effettuare prima dell'induzione dell'anestesia

Checklist pre-operatoria compilata si no

Da leggere ad alta voce

TIME OUT: ore _____ →

In S.O. - Controlli da effettuare prima dell'incisione della cute

Da leggere ad alta voce

SIGN OUT: ore _____

Uscita S.O. - Controlli da effettuare prima che il paziente abbandoni la sala operatoria

1) Il paziente ha confermato (in età pediatrica chiedere conferma ai genitori):

- Identità si no
- Sede di intervento si no
- Tipologia dell'intervento si no
- Consensi (anestesiologico, chirurgico, emocomponenti) si no

2) L'Infermiere ha verificato con il Chirurgo e l'Anestesista:

- Eventuali disponibilità emocomponenti
- Presenza consensi (anestesiologico, chirurgico, ect)
- Sito dell'intervento correttamente marcato si non applicabile*

Identificazione dei rischi del paziente (Anestesista, Chirurgo, Infermiere):

3) Il paziente presenta allergie

si, eventuale profilassi no

4) Difficoltà di gestione delle vie aeree o rischio di aspirazione

si, strumentazione/assistenza disponibile no

5) Rischio di perdita ematica >500 ml (in età pediatrica calcolare 7ml/Kg)

Si, accesso venoso adeguato ed emocomponenti richiesti no

6) Controlli per la sicurezza dell'anestesia completati

7) Anestesista: specificità riguardanti il paziente, scala ASA, altro

si non applicabile*

1) Tutti i componenti si sono presentati con il proprio nome e funzione:

si no

2) Il chirurgo, l'anestesista e l'infermiere hanno confermato:

• identità del paziente, intervento chirurgico, sito chirurgico e corretto posizionamento.

3) È stato verificato il:

- Posizionamento e corretto funzionamento dei presidi per il monitoraggio dei parametri vitali
- Posizionamento della piastra per elettrobisturi

4) Anticipazione di eventuali criticità o preoccupazioni: Chirurgo:

• Durata dell'intervento: < 1h 1-2 h >2 h

• Rischio di perdita di sangue si no

• Immagini diagnostiche si non applicabile*

Infermiere/strumentista: è stata verificata la sterilità (compresi i risultati degli indicatori) si

5) Ci sono eventuali problemi relativi ai dispositivi e/o altre preoccupazioni si, specificare in note no

6) La profilassi antibiotica è stata eseguita negli ultimi 60 minuti

si non applicabile*

1) Il Chirurgo e l'Anestesista confermano:

• **Tipo dell'intervento chirurgico eseguito e registrato**

specificare _____

• **Predisposizione del piano di assistenza post-operatoria**

• **Piano per la profilassi del tromboembolismo post-operatorio**

si non applicabile

2) Il campione chirurgico, con relativo contenitore e richiesta, è stato etichettato (compreso l'identificativo del paziente e descrizione del campione):

si non applicabile*

3) Il conteggio finale di garze, bisturi, aghi e altro strumentario chirurgico, è risultato corretto:

si no, specificare in note

4) Eventuali problemi relativi all'uso di dispositivi medici

Si, specificare in note no

Note

FIRMA EQUIPE CHIRURGICA PRESENTE AL SIGN IN-TIME OUT

Firma Chirurgo _____ Firma Infermiere Coordinatore Checklist _____

Firma Anestesista _____ Firma Infermiere _____

FIRMA EQUIPE CHIRURGICA PRESENTE AL SIGN OUT

Firma Chirurgo _____ Firma Infermiere Coordinatore Checklist _____

Firma Anestesista _____ Firma Infermiere _____

*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