



### 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