CHECKLIST PER LA SICUREZZA IN SALA OPERATORIA U.O. di..... Allegato 2

Cognome e nome del paziente: ..... data di nascita: .....data intervento: .....

Componenti dell'equipe: I° Operatore ..... II° Operatore ..... Anestesista.....

Infiermiere anestesia..... Infiermiere/Strumentista ..... Infiermiere di sala .....

Da leggere ad alta voce

Sign In: ore ..... →

Accesso alla Sala

Controlli da effettuare prima dell'induzione dell'anestesia

Checklist pre-operatoria compilata *si* ☐ *no* ☐

1) Il paziente ha confermato:

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

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

- Eventuali disponibilità emocomponenti: si ☐ no ☐
- Presenza Consensi (anestesiologico,chirurgico etc) si ☐ no ☐
- Il sito dell'intervento è stato marcato: **si** ☐ no ☐

non applicabile ☐

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

3) Valutazione possibili allergie ed adeguata eventuale profilassi si ☐ no ☐

4) Controlli per la sicurezza dell'anestesia completati si ☐ no ☐

non applicabile* ☐

5) Anestesista: specificità riguardanti il paziente, scala ASA, altro?

si ☐ no ☐

6)Valutazione difficoltà di gestione delle vie aeree

si ☐ no ☐

7) Rischio di perdita ematica >500 ml:

si, con accesso venoso adeguato e fluidi disponibili ☐ no ☐

Da leggere ad alta voce

Time Out: ore ..... →

Controlli da effettuare prima dell'incisione della cute

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, sede d'intervento, procedura chirurgica, il corretto posizionamento.

si ☐ no ☐

3)

- Posizionamento del pulsossimetro sul paziente e corretto funzionamento si ☐ no ☐
- Posizionamento piastra elettrobisturi si ☐ no ☐

Anticipazione di eventuali criticità o preoccupazioni:

4) Chirurgo: durata dell' intervento: < 1h ☐ 1-2 h ☐ >2 h ☐

Rischio di perdita di sangue, si ☐ no ☐

Documentazione diagnostica si ☐ no ☐

5) Infiermiere/strumentista: è stata verificata la sterilità (compresi i risultati degli indicatori) ?

si ☐ no ☐

6) Ci sono eventuali problemi relativi ai dispositivi e/o altre preoccupazioni?

si ☐ no ☐

7) La profilassi antibiotica è stata eseguita negli ultimi 60 minuti?

si ☐ no ☐

Da leggere ad alta voce

Sign Out: ore .....

Uscita Sala

Controlli da effettuare prima che il paziente abbandoni la sala operatoria:

Il Chirurgo e l'Anestesista confermano verbalmente:

1) nome della procedura registrata:

si ☐ no ☐

2)Predisposizione del piano di assistenza post operatoria

si ☐ no ☐

3) Piano per la profilassi del tromboembolismo post operatorio

si ☐ no ☐

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

si ☐ no ☐

non applicabile* ☐

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

si ☐ no ☐

6) Eventualità di problemi relativi all'uso di dispositivi medici

si ☐ no ☐

Coordinatore checklist

Firma.....

*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.