

## CHECKLIST PREOPERATORIA OCULISTICA: Allegato 1Bis

### 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.....**

	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
Consenso informato all'intervento firmato;			Note
Consenso informato all'anestesia firmato;			Note
Esami recenti di laboratorio in cartella;			Note
Esami strumentali in cartella;			
Cartella clinica completa			
Presenza di ecobiometria			Note
Profilassi antibiotica locale;			Note
Profilassi antibiotica generale;			Note
Igiene personale;			Note
Presenza di un Pace makers;			Note
Allergia ai farmaci;	<b>SI</b> vedere cartella clinica	<b>NO</b>	Note:

**Firma dell'Infermiere dell'U.O.**

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

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