

CHECK LIST DI SICUREZZA

La corretta compilazione di questo strumento e la completezza delle informazioni sono fondamentali per reperire tutti i dati più importanti di tutte le attività svolte dalle varie figure professionali coinvolte in tutto il percorso dell'intervento: reparto, pre-sala, sala operatoria, sala risveglio, rientro in reparto

Tutti i ruoli contribuiscono alla compilazione della scheda. Porre la propria sigla negli appositi spazi a lato delle singole pagine. La sigla chiude la fase in corso e dà il via alla compilazione di quella successiva; in caso contrario il percorso di controllo deve essere bloccato.

C Chirurgo
 A Anestesista
 I Infermiere OST Ostetrica
 S Strumentista
 TEAM Equipe Operatoria

P.O. _____

S.C./S.S. _____

Data ___ / ___ / ___

⌚ h __, __

1. PREPARAZIONE ALL'INTERVENTO		SIGLA
I OST	Identificazione del paziente Nome _____ Cognome _____ Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Data di nascita ___ / ___ / ___ Portatore di pacemaker <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<div style="text-align: center;"><i>Spazio per etichetta anagrafica</i></div> I OST
	Portatore protesi articolare <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
C	Diagnosi _____ _____ _____	C
	Consenso Informato <input type="checkbox"/> Intervento <input type="checkbox"/> Anestesia <input type="checkbox"/> Trasfusione <input type="checkbox"/> N.P.	
	Procedura chirurgica prevista _____ _____ _____	
	Consenso a dare notizie <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

N.P. = Non Previsto

2. ATTI PREOPERATORI (reparto)		SIGLA
C	<input type="checkbox"/> Documentazione sanitaria <input type="checkbox"/> Prescrizione antibiotico profilassi <input type="checkbox"/> N.P. <input type="checkbox"/> Contrassegno sito chirurgico <input type="checkbox"/> N.P. <input type="checkbox"/> Prescrizione profilassi ATE <input type="checkbox"/> N.P. <input type="checkbox"/> Gruppo sanguigno <input type="checkbox"/> N.P.	C
I OST	Richiesta unità di <input type="checkbox"/> sangue <input type="checkbox"/> N.P. Disponibilità presso <input type="checkbox"/> emoderivati <input type="checkbox"/> N.P. <input type="checkbox"/> sala operatoria <input type="checkbox"/> predeposito <input type="checkbox"/> N.P. <input type="checkbox"/> emoteca <input type="checkbox"/> type & screen <input type="checkbox"/> N.P. <input type="checkbox"/> reparto Preparazione paziente <input type="checkbox"/> digiuno <input type="checkbox"/> N.P. <input type="checkbox"/> tricotomia <input type="checkbox"/> N.P. <input type="checkbox"/> rimozione protesi dentali, anelli, smalto, piercing, protesi acustiche, ... <input type="checkbox"/> premedicazione <input type="checkbox"/> N.P. <input type="checkbox"/> consegne anestesilogiche <input type="checkbox"/> N.P. <input type="checkbox"/> somministrazione ATE <input type="checkbox"/> N.P.	I OST
Allergie verificare con il paziente	Farmaci <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Nichel <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Lattice <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Anestetici <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Altro <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO se SI specificare	

3. PRESALA – IDENTIFICAZIONE PAZIENTE		SIGLA
C A	<input type="checkbox"/> Identificazione paziente <input type="checkbox"/> Documentazione <input type="checkbox"/> Allergie <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Verificare punto 2. Allergie	C A
A I OST	<input type="checkbox"/> Premedicazione <input type="checkbox"/> N.P. <input type="checkbox"/> Verificare preparazione paziente	A I OST
I OST	<input type="checkbox"/> Accessi vascolari <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Somministrazione antibiotico <input type="checkbox"/> N.P. <input type="checkbox"/> Somministrazione ATE <input type="checkbox"/> N.P.	I OST

4. SALA OPERATORIA		SIGLA
TEAM	Leggere ad alta voce <input type="checkbox"/> Presentazione operatori <input type="checkbox"/> Procedura da eseguire _____ <input type="checkbox"/> Lateralità <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX <input type="checkbox"/> N.P. <input type="checkbox"/> Corretto posizionamento paziente	C A I OST
C	Revisione chirurgica <input type="checkbox"/> Operazione di routine o eventuali criticità <input type="checkbox"/> Prevedibilità perdita di sangue <input type="checkbox"/> Immagini diagnostiche visualizzate <input type="checkbox"/> N.P.	C
A	Revisione anestesilogica <input type="checkbox"/> Presenza aspetti critici relativi al paziente	A
I OST	Revisione infermieristica <input type="checkbox"/> Correttezza processi sterilizzazione <input type="checkbox"/> Conteggio strumenti, garze, taglianti <input type="checkbox"/> Somministrazione antibiotico <input type="checkbox"/> N.P. Monitoraggio <input type="checkbox"/> Ossimetria <input type="checkbox"/> P.A. <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> Catetere vescicale <input type="checkbox"/> N.P. <input type="checkbox"/> Piastra elettrobisturi <input type="checkbox"/> N.P. <input type="checkbox"/> Campione per Anatomia Patologica <input type="checkbox"/> N.P.	I OST

5. TRACCIABILITA'															
CONTEGGIO GARZE															
SIGLA INIZIO		INIZIO	ELEMENTI AGGIUNTIVI				INTERMEDIO □ N.P.			ELEMENTI AGGIUNTIVI				TOTALE FINE	SIGLA FINE
			+	+	+	+	SIGLA	N°	SIGLA	+	+	+	+		
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 20px; height: 20px; background-color: #0056b3; color: white; text-align: center; margin-bottom: 5px;">I</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 20px; height: 20px; background-color: #e91e63; color: white; text-align: center; margin-bottom: 5px;">OST</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 20px; height: 20px; background-color: #fff9c4; color: black; text-align: center; margin-bottom: 5px;">S</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 20px; height: 20px; background-color: #42a5f5; color: white; text-align: center;">C</div>	Laparotomiche													<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 20px; height: 20px; background-color: #0056b3; color: white; text-align: center; margin-bottom: 5px;">I</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 20px; height: 20px; background-color: #e91e63; color: white; text-align: center; margin-bottom: 5px;">OST</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 20px; height: 20px; background-color: #fff9c4; color: black; text-align: center; margin-bottom: 5px;">S</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 20px; height: 20px; background-color: #42a5f5; color: white; text-align: center;">C</div>	
	Garze 10x10														
	Garze ...x...														
	Tamponcini														
	Lunghette														

NOTA: la verifica intermedia viene effettuata nelle situazioni indicate nella raccomandazione ministeriale relativa alla ritenzione di garza, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico e tenendo conto della tipologia di intervento in corso

CONTEGGIO STRUMENTARIO														SIGLA	
		INIZIO	ELEMENTI AGGIUNTIVI				INTERMEDIO □ N.P.			ELEMENTI AGGIUNTIVI				TOTALE FINE	
			+	+	+	+	SIGLA	N°	SIGLA	+	+	+	+		
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 20px; height: 20px; background-color: #0056b3; color: white; text-align: center; margin-bottom: 5px;">I</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 20px; height: 20px; background-color: #e91e63; color: white; text-align: center; margin-bottom: 5px;">OST</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 20px; height: 20px; background-color: #fff9c4; color: black; text-align: center; margin-bottom: 5px;">S</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 20px; height: 20px; background-color: #42a5f5; color: white; text-align: center;">C</div>	Set													<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 20px; height: 20px; background-color: #0056b3; color: white; text-align: center; margin-bottom: 5px;">I</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 20px; height: 20px; background-color: #e91e63; color: white; text-align: center; margin-bottom: 5px;">OST</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 20px; height: 20px; background-color: #fff9c4; color: black; text-align: center; margin-bottom: 5px;">S</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 20px; height: 20px; background-color: #42a5f5; color: white; text-align: center;">C</div>	
														
	Set														
														
	Set														
														
Set															
.....															
Aghi															
.....															
Taglienti															
.....															

Il **CHIRURGO** che verifica l'avvenuto conteggio garze e strumentario **deve siglare** lo spazio previsto

6. TRACCIABILITA' - ETICHETTE

SIGLA

S

S

--	--	--

	6. TRACCIABILITA' - ETICHETTE	SIGLA
<p data-bbox="137 1099 193 1178">S</p>		<p data-bbox="1358 1126 1414 1205">S</p>

Data / /

Ⓢ h __, __

7. SALA RISVEGLIO				SIGLA
I OST	Drenaggi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	se SI n° _____	<input type="checkbox"/> valutazione corretto funzionamento
	Valutazione parametri vitali	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
C	Il paziente si presenta	<input type="checkbox"/> sveglio	<input type="checkbox"/> soporoso	<input type="checkbox"/> sedato
A		<input type="checkbox"/> agitato		
I OST	Inserimento nella cartella clinica di		<input type="checkbox"/> cartella anestesiologicala con consegna post operatoria	
	<input type="checkbox"/> referto operatorio		<input type="checkbox"/> documenti tracciabilità	
	<input type="checkbox"/> terapia antalgica	<input type="checkbox"/> N.P.	<input type="checkbox"/> terapia post-operatoria	
	<input type="checkbox"/> emotrasfusione	<input type="checkbox"/> N.P.	<input type="checkbox"/> check list di sicurezza paziente	
A	Valutazione dimissione sala operatoria		Ⓢ h __, __	A

8. RIENTRO IN REPARTO				SIGLA	
I OST	Il paziente rientra nel reparto di			Ⓢ h __, __	
	Il paziente si presenta				
	<input type="checkbox"/> sveglio	<input type="checkbox"/> soporoso	<input type="checkbox"/> sedato	<input type="checkbox"/> agitato	
	<input type="checkbox"/> controllo parametri vitali				
	<input type="checkbox"/> dolore	VAS			
	<input type="checkbox"/> terapia antalgica	<input type="checkbox"/> N.P.			
	<input type="checkbox"/> vomito	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
	<input type="checkbox"/> sangue disponibile	<input type="checkbox"/> N.P.			
	<input type="checkbox"/> ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> N.P.			
	<input type="checkbox"/> controllo medicazione	<input type="checkbox"/> N.P.			
	<input type="checkbox"/> controllo drenaggi	<input type="checkbox"/> N.P.			
	<input type="checkbox"/> presenza catetere venoso centrale/periferico		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	se SI	<input type="checkbox"/> CVP <input type="checkbox"/> CVC
	<input type="checkbox"/> presenza arteria incannulata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
	<input type="checkbox"/> presenza catetere vescicale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
	<input type="checkbox"/> presenza sondino naso-gastrico	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
	<input type="checkbox"/> esami di controllo	<input type="checkbox"/> N.P.			
	<input type="checkbox"/> terapia infusiva	<input type="checkbox"/> N.P.			