

➤ **Sign In**

**C/O**

Etichette identificative paziente (nome, cognome, data di nascita, cod. paziente, codice a barre)

Sesso ☐ M ☐ F

**Arrivo Paziente ore** \_\_\_\_\_

Il paziente/familiari/altri hanno confermato:

- identità\* ☐ si ☐ no - sede intervento\* ☐ si ☐ no - consensi\* ☐ si ☐ no

**C**

Specialità: ☐ OCUL.

**C**

Sito chirurgico marcato\* ☐ si ☐ no ☐ N.A

**C**

Verifica documentazione diagnostica:

**S**

☐ OCT ☐ altro \_\_\_\_\_

Allergie\* ☐ si \_\_\_\_\_ **C**  
☐ no

Anestesia: ☐ locale ore \_\_\_\_\_ (☐ topica ☐ peribulbare)

**S**

Note/osservazioni \_\_\_\_\_

➤ **Time Out**

**TEAM**

Sala operatoria: ☐ A ☐ B ☐ C ☐ E ☐ 1 ☐ 2 ☐ PMA ☐ Sala Angiografica

**C/S**

Tutta l'équipe si è presentata con nome e funzione?\*

**C/S**

☐ si ☐ équipe nota

L'équipe ha confermato: identità paziente, sede d'intervento, procedura chirurgica?\*

**C/S**

☐ si ☐ no \_\_\_\_\_

Riscontro di criticità\*:

**C/S**

- chirurgica\* (durata interv., ecc)

☐ si \_\_\_\_\_ ☐ no

**Inizio intervento ore** \_\_\_\_\_ **Fine intervento ore** \_\_\_\_\_

Dati équipe: Chirurgo \_\_\_\_\_ Strumentista \_\_\_\_\_

Medicazione: ☐ tampone oculare ☐ altro \_\_\_\_\_

**C/S**

Note/osservazioni \_\_\_\_\_

➤ **Sign Out (da effettuare prima che il paziente abbandoni la Sala Operatoria)**

Conferma della procedura eseguita\* C/S

☐ sì tipo intervento \_\_\_\_\_

☐ no \_\_\_\_\_

Criticità sull'uso di dispositivi medici\* C/S

☐ sì \_\_\_\_\_ ☐ no

L'équipe ha evidenziato elementi critici per la gestione dell'assistenza post-operatoria?\* C/S

☐ sì \_\_\_\_\_ ☐ no

Data \_\_\_\_\_

FIRMA CHIRURGO \_\_\_\_\_ FIRMA STRUMENTISTA \_\_\_\_\_

**ATTENZIONE**

Nel caso di incongruenze tra quanto riferito dal paziente e ciò che è riportato sulla cartella clinica il processo viene fermato e il chirurgo operatore deve valutare il paziente e verificare il caso specifico prima di eseguire l'intervento

➤ **Sala Post Intervento**

Il paziente si presenta: C

☐ sveglio ☐ orientato ☐ disorientato ☐ soporoso ☐ intubato ☐ nausea/vomito ☐ sedato ☐ agitato

Note/osservazioni \_\_\_\_\_

Dimissione Blocco operatorio ore \_\_\_\_\_

FIRMA OPERATORE DI SUPPORTO FUORI SALA \_\_\_\_\_

**CHECK LIST DI SICUREZZA INIEZIONI INTRAVITREALI**

**Legenda:**

La corretta compilazione del modulo 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 di preparazione dell'intervento: pre-sala, sala operatoria, sala risveglio.

Tutte le figure professionali coinvolte contribuiscono alla compilazione del modulo:

**C** Chirurgo **TEAM** Equipe Operatoria

**S** Strumentista **O** Operatore (OSS, OTA, etc.) **N.A.** Non Applicabile

\* Controllo presente nella check list suggerita dal Ministero della salute

Ogni scheda della check list indica chi deve compilare le informazioni che la compongono.

Le fasi e le schede da compilare sono sei:

- |                         |                   |
|-------------------------|-------------------|
| 1. Sign In              | <b>C/O</b>        |
| 2. Time Out             | <b>C/S (TEAM)</b> |
| 3. Sign Out             | <b>C/S (TEAM)</b> |
| 4. Sala Post Intervento | <b>C</b>          |
| 5. Scheda tracciabilità | <b>C</b>          |

➤ **Scheda di tracciabilità**

Spazio riservato a  
etichette di mezzi di  
sintesi, strumentario e  
presidi