



➤ **Sign In (da effettuare prima dell'anestesia)**

A/C/I

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

Sesso ☐ M ☐ F

Arrivo Paziente ore _____

Specialità: ☐ **PMA.**

I/C/A

Il paziente/familiari/altri hanno confermato:

I/C/A

- identità* ☐ si ☐ no - motivo dell'intervento* ☐ si ☐ no

- consensi:

I/C/A

Anestesista ☐ si. ☐ no

Tecnica PMA. ☐ si ☐ no

Emocomponenti ☐ si ☐ no

- Lesioni cutanee sul sito ☐ si _____ ☐ no

I/C

Verifica documentazione diagnostica:

I/C

☐ Ecografia ☐ altro _____ ☐ non necessario

Verifica effetti personali:

I/C

☐ si _____ ☐ no Sigla _____

Il paziente è portatore di:

I/C/A

- pacemaker ☐ si ☐ no - defibrillatori ☐ si ☐ no

Controlli per la sicurezza all'anestesia completati* ☐ si ☐ no _____

I/A

Accessi vascolari: ☐ periferica Liquidi infusi ml _____

I/A

Somministrazione antibiotico:

I/A

☐ si (farmaco _____ ore _____ Sigla _____) ☐ no

Corretto posizionamento e funzionamento del pulsossimetro?* ☐ si ☐ no _____

I/A

È stata verificata l'eventuale difficoltà di gestione delle vie aeree?* ☐ si ☐ no

A

È disponibile la strumentazione?* (es. broncoscopio) ☐ si ☐ no _____ ☐ N.A.

I/A

È disponibile l'assistenza?* (es. consul. broncoscopisti) ☐ si ☐ no _____ ☐.

I/A

È stato verificato il rischio di perdita ematica > 500 ml ?* ☐ si ☐ no

I/A

È stato verificato se l'accesso venoso è adeguato e se i fluidi sono disponibili?* ☐ si ☐ no

Allergie* ☐ si _____ ☐ no

I/C/A

Infermiere Risveglio _____ **FIRMA INFERMIERE RISVEGLIO** _____

Anestesia: ☐ paracervicale ore _____

C/A

☐ sedazione profonda ore _____ (dettagli anestesia: VEDASI CARTELLA ANESTESIOLOGICA)

Anestesista _____ Stupefacenti ☐ Fentanest Q.tà _____

A

Altri farmaci ☐ _____ Q.tà _____

A

A

Note/osservazioni _____

A



➤ **Time Out (da effettuare prima dell'inizio del Pick up o del transfer)
TEAM**

Sala operatoria ☐ PMA ☐ 1 ☐ 2

Tutta l'équipe si è presentata con nome e funzione?* ☐ sì ☐ équipe nota

L'équipe ha confermato: identità paziente, sede d'intervento, procedura chirurgica, corretto posizionamento del paziente?* ☐ sì ☐ no _____

Riscontro di criticità*:

- chirurgica* (durata interv., rischio emorragico, ecc) ☐ sì _____ ☐ no

- anestesiológica* (scala ASA, ecc) ☐ sì _____ ☐ no

- infermieristica* (verifica dei processi di sterilizzazione o altri eventuali problemi relativi ai dispositivi) ☐ sì _____ ☐ no

C
A
I

La profilassi antibiotica è stata eseguita?* ☐ sì ☐ no _____ ☐ non prevista

Posizionamento paziente:

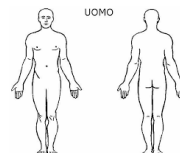
☐ supina ☐ ginecologica ☐ trendelenburg

Utilizzo supporti ☐ sì ☐ no

Utilizzo presidi antidecubito ☐ sì ☐ no

Sede (•) ☐ no

Sede (•) ☐ no



I/C/A

Inizio intervento ore _____

PICK UP: ☐ TRANSFER: ☐

Verifica crociata assenza materiale (provette/piastre) dell'intervento precedente ☐ sì ☐ no

Cateterismo vescicale ☐ sì tipo _____ Ch _____ ☐ no

B/I

I/C/A

Fine intervento ore _____

Fine anestesia ore _____

Dati équipe:

Chirurgo _____ Biologo _____ Infermiere _____

Medicazione: ☐ zaffo ☐ N.A.

Note/osservazioni _____

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

Conferma della procedura eseguita* ☐ sì PICK UP ☐ TRANSFER ☐ no _____

Verifica crociata assenza materiale (provette/piastre) dell'intervento effettuato ☐ sì ☐ no

B/I

NOTE: _____

Criticità sull'uso di dispositivi medici* ☐ sì _____ ☐ no

I/C

Conteggio finale strumenti, garze (**dettagli VEDASI SCHEDA CONTEGGIO**): ☐ sì ☐ no ☐ N.A.

I/C

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

I/C/A

I/B

☐ sì _____ ☐ no

Data _____

FIRMA CHIRURGO _____ FIRMA ANESTESISTA _____

FIRMA BIOLOGO _____ FIRMA INFERMIERE SALA _____

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 Risveglio**

I/C/A

Il paziente si presenta:

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

Dolore: NRS ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Terapia antalgica ☐ sì _____ ☐ no

Liquidi infusi ml _____

Rilevazione parametri vitali:

Parametri	inizio	a 10'	a 30'	fine
FC				
PAO				
SaO ₂				
O ₂ l/min				
Drenaggio 1				
Drenaggio 2				
SNG				

Riconsegna effetti personali ☐ sì ☐ no ☐ N.A.

Note/osservazioni _____

Dimissione Blocco operatorio ore _____

CHECK LIST DI SICUREZZA DEL PAZIENTE CHIRURGICO

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.

N.A. Non Applicabile

* Controllo presente nella check list suggerita dal Ministero della salute

Le fasi e le schede da compilare sono sei:

- | | |
|---------------------------------------|-----------|
| 1. Sign In | I/C/A/B |
| 2. Time Out | I/C/A/B I |
| 3. Sign Out | I/C/A/B |
| 4. Sala Risveglio | I/C/A |
| 5. Scheda conteggio garze e taglienti | I/C |
| 6. Scheda tracciabilità | I/C/B |



Check list di sicurezza del paziente chirurgico secondo la Raccomandazione n. 3, Luglio 2006

Controllo strumentario e garze inizio intervento Infermiere_____		Controllo strumentario e garze a fine intervento Infermiere_____		
	Nr. Pz.	Nr. Pz.	Nr. Pz.	Totale
Garza piccola	10 ☐	10 ☐	10 ☐	
Garza grande	10 ☐	10 ☐	10 ☐	
Garza lunga	10 ☐	10 ☐	10 ☐	
Garza lunga	10 ☐	10 ☐	10 ☐	
CONTEGGIO ESATTO ☐ Si ☐ No ☐ Non previsto				

➤ Scheda conteggio garze e taglienti



➤ **Scheda di tracciabilità**

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

