



CHECKLIST PER LA SICUREZZA IN CHIRURGIA 2013

Checklist per la sicurezza in chirurgia *

Sign In Prima dell'induzione dell'anestesia	Time Out Prima dell'incisione della cute	Sign Out Prima che il paziente abbandoni la sala operatoria
<input type="checkbox"/> Conferma del paziente - identità - sede di intervento - procedura - consenso	<input type="checkbox"/> Tutti i componenti dell'equipe si sono presentati con il proprio nome e funzione	L'infermiere conferma verbalmente insieme ai componenti dell'equipe:
<input type="checkbox"/> È stato rispettato il piano per la profilassi della TVP? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> non applicabile	<input type="checkbox"/> Il chirurgo, l'anestesista e l'infermiere hanno confermato: - identità del paziente - sede di intervento - procedura	<input type="checkbox"/> il nome della procedura registrata (quale procedura è stata eseguita?) <input type="checkbox"/> che il conteggio finale di garze, bisturi, aghi e altro strumentario chirurgico, sia risultato corretto <input type="checkbox"/> come il campione chirurgico con relativo contenitore e richiesta sia stato etichettato (compreso l'identificativo del paziente e descrizione del campione)
<input type="checkbox"/> Il sito di intervento è stato marcato/non applicabile	Anticipazione di eventuali criticità:	<input type="checkbox"/> eventualità di problemi relativamente all'uso di dispositivi medici
<input type="checkbox"/> Controlli per la sicurezza dell'anestesia completati <input type="checkbox"/> Posizionamento del pulsiossimetro sul paziente e verifica del corretto funzionamento	<input type="checkbox"/> chirurgo: ci sono particolari criticità o preoccupazioni, durata dell'intervento, rischio di perdita di sangue? <input type="checkbox"/> anestesista: ci sono aspetti critici intrinseci al paziente?	<input type="checkbox"/> Chirurgo, anestesista e infermiere revisionano gli aspetti importanti e le criticità per la gestione del post operatorio del paziente
Identificazione dei rischi del paziente: Allergie: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Difficoltà di gestione delle vie aeree o rischio di aspirazione? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, e la strumentazione/assistenza disponibile Rischio di perdita ematica > 500 ml (7ml/kg nei bambini)? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, l'accesso endovenoso è adeguato e i fluidi sono disponibili	<input type="checkbox"/> infermiere: è stata verificata la sterilità (compresi i risultati degli indicatori) e ci sono eventuali problemi relativi ai dispositivi e/o altre preoccupazioni? La profilassi antibiotica è stata eseguita negli ultimi 60 minuti? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> non applicabile Le immagini diagnostiche sono state visualizzate? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> non applicabile	È stato predisposto il piano per la profilassi della TVP nel post operatorio (mobilizzazione precoce, dispositivi compressivi, farmaci)? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> non applicabile
Dati del paziente		
Nome e Cognome _____		
Data di nascita ____ / ____ / ____		
Procedura eseguita _____		

* Sono consentite integrazioni per eventuali esigenze di particolari discipline chirurgiche o tipologia di intervento