



DIREZIONE SANITARIA

Ai Direttori dei DAI:

- Testa-Collo
- Neuroscienze Cliniche, Anestesiologia e Farmacoutilizzazione
- Ostetricia, Ginecologia, Urologia
- Pediatria
- Diagnostica morfologica e funzionale, Radioterapia, Medicina legale
- Gastroenterologia, Endocrinologia, Chirurgia
- Chirurgie specialistiche, Nefrologia

p.c.

Al Direttore Generale

Al Direttore Amministrativo

LORO SEDI

Oggetto: Manuale per la Sicurezza in sala operatoria - Check List Unica.

In riferimento all'oggetto, facendo seguito a nota DSA prot. 17607 del 25 novembre 2010 e in osservanza della delibera n. 431 del 12.11.2012 avente ad oggetto *Adozione aziendale "Manuale Sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist" - Adempimenti Regionali*, si trasmette in allegato la **Check List Unica di Sala Operatoria** da utilizzare in occasione di **tutti gli atti chirurgici ed invasivi** e **allegare alla documentazione clinica** (cartella) del paziente.

A far data dal 26.07.2013, il personale della Direzione Sanitaria avvierà monitoraggio capillare di quanto disposto, a partire dalle UU.OO. dei Blocchi 5, 13, 14 e 16, che hanno già completato la formazione e fornendo, ove necessario, opportuno supporto all'utilizzo operativo.

Distinti saluti

Il Direttore Sanitario Aziendale

Dott. Gaetano D'Onofrio

Checklist per la sicurezza in sala operatoria

Sign In → <i>I sette controlli da effettuare prima dell'induzione dell'anestesia</i>	→ Time Out → <i>I sette controlli da effettuare prima dell'incisione della cute</i>	→ Sign Out <i>I sei controlli da effettuare prima che il paziente abbandoni la sala operatoria</i>
1) Il paziente ha confermato: - identità - sede di intervento - procedura - consensi (anestesiologico, chirurgico, emocomponenti)	<input type="checkbox"/> 1) tutti i componenti dell'équipe si sono presentati con il proprio nome e funzione	L'infermiere conferma verbalmente insieme ai componenti dell'équipe: 1) nome della procedura registrata (Quale procedura è stata eseguita?)
2) Il sito di intervento è stato marcato/non applicabile	<input type="checkbox"/> 2) Il chirurgo, l'anestesista e l'infermiere hanno confermato: identità del paziente, sede d'intervento, procedura, il corretto posizionamento	2) il conteggio finale di garze, bisturi, aghi e altro strumentario chirurgico, è risultato corretto
3) Controlli per la sicurezza dell'anestesia completati	Anticipazione di eventuali criticità o preoccupazioni: <input type="checkbox"/> 3) chirurgo: durata dell'intervento, rischio di perdita di sangue, altro? <input type="checkbox"/> 4) anestesista: specificità riguardanti il paziente, scala ASA, altro? <input type="checkbox"/> 5) infermiere: è stata verificata la sterilità (compresi i risultati degli indicatori) e ci sono eventuali problemi relativi ai dispositivi e/o altre preoccupazioni?	3) il campione chirurgico, con relativo contenitore e richiesta, è stato etichettato (compreso l'identificativo del paziente e descrizione del campione) 4) eventualità di problemi relativamente all'uso di dispositivi medici
4) Posizionamento del Pulsossimetro sul paziente e verifica del corretto funzionamento		
Identificazione dei rischi del paziente: 5) Allergie: no sì		5) chirurgo, anestesista e infermiere revisionano gli aspetti importanti e gli elementi critici per la gestione dell'assistenza post operatoria
6) Difficoltà di gestione delle vie aeree o rischio di aspirazione? no sì, e la strumentazione/assistenza disponibile		6) Piano per la profilassi del tromboembolismo post-operatorio
7) Rischio di perdita ematica > 500 ml (7ml/kg nei bambini)? no sì, l'accesso endovenoso è adeguato e i fluidi sono disponibili	6) La profilassi antibiotica è stata eseguita negli ultimi 60 minuti? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> non applicabile 7) Le immagini diagnostiche sono state visualizzate? sì <input type="checkbox"/> non applicabile	<div style="text-align: center;">Dati del paziente</div> Nome e Cognome _____ Data di nascita ____/____/_____ Procedura eseguita _____