

DAI _____ U.O.C. _____
 Cartella Clinica n. _____ Data intervento ____/____/____

Checklist per la sicurezza in sala operatoria

Sign In →	→ Time Out →	→ Sign Out
<i>I sette controlli da effettuare prima dell'induzione dell'anestesia</i>	<i>I sette controlli da effettuare prima dell'incisione della cute</i>	<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)	☐ 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	☐ 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: ☐ 3) chirurgo: durata dell'intervento, rischio di perdita di sangue, altro?	3) il campione chirurgico, con relativo contenitore e richiesta, è stato etichettato (compreso l'identificativo del paziente e descrizione del campione)
4) Posizionamento del Pulsossimetro sul paziente e verifica del corretto funzionamento	☐ 4) anestesista: specificità riguardanti il paziente, scala ASA, altro?	4) eventualità di problemi relativamente all'uso di dispositivi medici
Identificazione dei rischi del paziente: 5) Allergie: no sì	☐ 5) infermiere: è stata verificata la sterilità (compresi i risultati degli indicatori) e ci sono eventuali problemi relativi ai dispositivi e/o altre preoccupazioni?	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) La profilassi antibiotica è stata eseguita negli ultimi 60 minuti? ☐ sì ☐ non applicabile	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	7) Le immagini diagnostiche sono state visualizzate? sì ☐ non applicabile	Dati del paziente Nome e Cognome _____ Data di nascita ____/____/____ Procedura eseguita _____