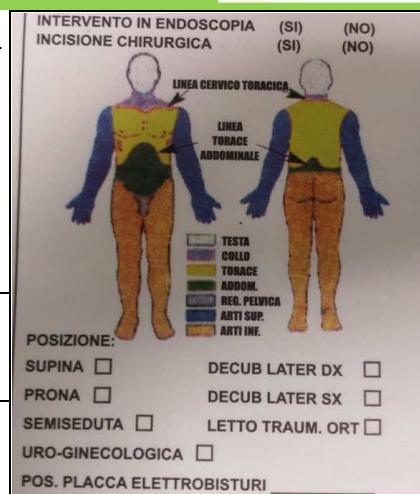


<b>Ingresso in sala (Sign In) -----&gt;</b>		<b>Prima dell'incisione cute (Time Out) ----&gt;</b>	<b>Prima che il pz esca dalla S.O.(Sign Out)---&gt;</b>
I nove controlli da effettuare prima dell'induzione dell'anestesia		I sei controlli da effettuare prima dell'incisione della cute	I sei controlli da effettuare prima che il paziente abbandoni la sala operatoria
<input type="checkbox"/> 1) Il paziente ha confermato: <input type="checkbox"/> Nome, Cognome e data di nascita <input type="checkbox"/> Sito chirurgico <input type="checkbox"/> Procedura (tipo intervento) <input type="checkbox"/> Consensi: chirurgico - emocomponenti anestesiologico - CVC		<input type="checkbox"/> 1) Tutti i componenti dell'équipe si sono presentati con il proprio nome e funzione	<b>L'infermiere conferma verbalmente insieme ai componenti dell'équipe:</b>
<input type="checkbox"/> 2) Il sito di intervento è stato marcato//non applicabile <input type="checkbox"/> 3) Controlli per la sicurezza dell'anestesia completati <input type="checkbox"/> 4) Posizionamento del Pulsossimetro sul paziente e verifica del corretto funzionamento		<input type="checkbox"/> 2) Il chirurgo, l'anestesista e l'infermiere hanno confermato: <input type="checkbox"/> Identità del paziente <input type="checkbox"/> Sito e procedura chirurgica <input type="checkbox"/> Corretto posizionamento <input type="checkbox"/> Controllo decubiti articolari	<input type="checkbox"/> 1) denominazione e codice/i della procedura chirurgica eseguita è corretta. <input type="checkbox"/> 2) Il conteggio finale delle garz,bisturi, aghi e altro strumentario chirurgico, è risultato corretto. <input type="checkbox"/> 3) I pezzi istologici, con il relativo contenitore richiesta, sono stati etichettati con l'identità del paziente e descrizione dei campioni. <input type="checkbox"/> 4) Eventuali problemi delle apparecchiature dei dispositivi medici sono stati segnalati. <input type="checkbox"/> 5) Chirurgo, anestesista e infermiere revisionano gli aspetti importanti e gli elementi critici per la gestione dell'assistenza post-operatoria. <input type="checkbox"/> 6) Piano per la profilassi del tromboembolismo post-operatorio.
<b>Identificazione dei rischi del paziente:</b>		<b>Anticipazione di eventuali criticità o preoccupazioni</b>	
<input type="checkbox"/> 5) Allergie: <input type="checkbox"/> SI ..... <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> 3) chirurgo: <input type="checkbox"/> Durata dell'intervento <input type="checkbox"/> Rischio di perdita di sangue <input type="checkbox"/> Eventuali eventi critici <input type="checkbox"/> Problemi relativi ai dispositivi e/o attrezzature chirurgiche	<b>Dati del paziente</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F N.° Cartella <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cognome _____ Nome _____ Data di nascita ____/____/_____
<input type="checkbox"/> 6) Digiuno <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> 4) anestesista: Specificità riguardanti il paziente scala ASA <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E Eventuali eventi critici	
<input type="checkbox"/> 7) Difficoltà di gestione delle vie aeree o rischio di aspirazione <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI : strumentazione/assistenza disponibile		<input type="checkbox"/> 5) Infermiere: E' stata verificata la sterilità I risultati degli indicatori sono nella norma - Adesivo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Ci sono eventuali problemi relativi ai dispositivi e/o altre preoccupazioni	
<input type="checkbox"/> 8) Rischio di Perdita ematica > 500 ml (7 ml/Kg nei Bambini)? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI : l'accesso venoso è adeguato e i fluidi sono disponibili		<input type="checkbox"/> 6) Le immagini diagnostiche sono state visualizzate? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Non applicabile	
<input type="checkbox"/> 9) La profilassi antibiotica è stata eseguita negli ultimi 60 minuti? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Non applicabile			

Revisione 1 del 10.01.2015

<b>PAZIENTE</b> Cognome _____ Nome _____ Num SDO _____	<b>SCHEDA INFERMIERISTICA INTRA-OPERATORIA</b>	
	Reparto di provenienza ..... Data intervento.....	Arrivo al blocco operatorio ore ..... Uscita dal blocco operatorio.....
<b>TIPO INTERVENTO</b> ..... Elezione <input type="checkbox"/> Urgent <input type="checkbox"/> Emergenza <input type="checkbox"/> Day Surgery <input type="checkbox"/> Ambulat <input type="checkbox"/> Day Hospital <input type="checkbox"/> Tipo di anestesia: Generale <input type="checkbox"/> I.O.T. <input type="checkbox"/> Spinales <input type="checkbox"/> Loco-region <input type="checkbox"/> L.M.A. <input type="checkbox"/> Sedaz <input type="checkbox"/> Cattetere venoso: Pediatrico <input type="checkbox"/> 20 G <input type="checkbox"/> 18 G <input type="checkbox"/> 16 G <input type="checkbox"/> C.V.C. <input type="checkbox"/> Arteria <input type="checkbox"/> Drenaggi NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> J. P. <input type="checkbox"/> Torac. <input type="checkbox"/> Spiral Drain <input type="checkbox"/> Dual Samp <input type="checkbox"/> Uni-samp <input type="checkbox"/> Cattetere vescicale NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NOTE: _____ Materiale Protesico NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Mezzi di Sintesi NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Laccio emostatico NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Medicazione NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> A Zaffo <input type="checkbox"/> Compressiva <input type="checkbox"/> Utilizzo amplific di brillanza NO <input type="checkbox"/> Piatta <input type="checkbox"/> Mezzo di contrasto NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Esame istologico NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>		
<b>Conta garze, aghi, lame bisturi vedere Allegato</b> <b>ETICHETTE</b>		
Strumentista ..... Infermiere di sala .....		
		
Revisione 1 del 10.01.2015		