

SCHEDA PER PREVENIRE LA RITENZIONE DI GARZE, BATUFFOLI, STRUMENTI O ALTRO
MATERIALE ALL’INTERNO DEL SITO CHIRURGICO

CONTEGGIO GARZE Non Previsto ☐ SI ☐

CARICO

1234567891011121314151617181920

SCARICO

1234567891011121314151617181920

GARZE 10x10
(conf. Da 10pz)

1234567891011121314151617181920

TELINI ADDOMINALI
(conf. Da 2pz)

1234567891012345678910

BATUFFOLI
(CONF.DA 10PZ.)

1234567891012345678910

TAMPONCINI
(conf. Da 10pz)

1234567891012345678910

LONGUETTE

1234512345

CONTEGGIO AGHI E TAGLIENTI NO ☐ SI ☐ INIZIO/INTRA INTERVENTO _____ FINE INTERVENTO _____

CONTEGGIO FERRI CHIRURGICI NO ☐ SI ☐ CHECK LIST ALLEGATA NO ☐ SI ☐

	SI	NO	NA	Firma strumentista	Firma infermiere	Firma Chirurgo
1. Conteggio iniziale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2. Conteggio chiusura organi cavi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3. Conteggio chiusura sottocute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4. Conteggio finale corrispondente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5. Conteggio cambio equipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

1: prima di iniziare l'intervento chirurgico (conta iniziale) 2: prima di chiudere una cavità all'interno di un'altra cavità 3: prima di chiudere la ferita
4: alla chiusura della cute o al termine della procedura 5: al momento del cambio dell'infermiere o chirurgo responsabile (conta finale)

DISCORDANZE - NON CONFORMITA' DI MATERIALI /STRUMENTI

NO ☐ SI ☐

Attività da effettuare in caso di discordanza:

Ripetizione conteggio ☐ Ispezione sito operatorio e area circostante ☐ controllo radiologico ☐

Registrato su atto operatorio ☐ Trasmessa copia della presente scheda alla SS Rischio Clinico ☐

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA
BLOCCO OPERATORIO
Tel. 011.70952211 – Fax 011.70952418
Via Tofane, 71 – 10141 Torino

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE PIEMONTE
Azienda Sanitaria Locale
“Città di Torino”

ETICHETTA PAZIENTE

ACCETTAZIONE

Cognome: _____ Nome: _____

Intervento: _____ DATA: _____

U.O.: chirurgia ☐ Brest ☐ Ginecologia ☐ ORL ☐ pediatrico ☐ Ortopedia ☐ Urologia ☐ Odonto ☐

Sala: A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ Ambulatoriale ☐ Day Hospital ☐ Ordinario ☐ Urgenza ☐

Stato sensorio: Orientato ☐ Disorientato ☐ Non cosciente ☐ Agitato ☐ Disabile ☐

Allergie: NEGA ☐ SI ☐ Specificare _____

PRE-INTERVENTO

Monitoraggio: FC:___ bpm NIBP: _____mmHg SpO ₂ : ____% <div><div>AA</div><div>O₂____</div></div> TC:___°C	FIRMA
Terapia Antibiotica: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Specificare _____ Ora: _____	FIRMA
Lesioni cutanee all'ingresso: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Sede _____	FIRMA
<u>Presidi Anti-Decubito</u> : NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Gel <input type="checkbox"/> Schiuma <input type="checkbox"/> Memory Foam <input type="checkbox"/>	

INTERVENTO

Strumentista¹ _____ Infermieri¹ _____

Subentro NO ☐ SI ☐ Ore: _____

Strumentista² _____ Infermieri² _____

Campioni chirurgici: Istologico ☐ Congelatore ☐ Citologico ☐ Batteriologico ☐ Colturale ☐
N.campioni____ N.campioni____ N.campioni____ N.campioni____ N.campioni____

Drenaggi: NO ☐ SI ☐ N.____ ch____ ASP ☐ CAD ☐

Lesioni cutanee in uscita: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Sede _____	FIRMA _____
---	----------------

NOTE

GARZE - TAMPONCINI – BATUFFOLI – LONGUETTE - SOSPENSIONI – FETTUCCE - COMPRESSE

N.B. Le specifiche dei materiali sterilizzati sono rintracciabili nel registro di lavoro giornaliero posto presso la centrale di sterilizzazione

TELERIA

MATERIALE PROTESICO -SUTURATRICI

MATERIALE IMBUSTATO – CONTAINER