

**SCHEDA CONTEGGIO MATERIALI CHIRURGICI**

COGNOME:..... NOME: .....

DATA DI NASCITA:    /    /      REPARTO DI PROVENIENZA: .....

<b>COMPOSIZIONE EQUIPE CHIRURGICA</b>		<b>INTERVENTO CHIRURGICO</b>	
Chirurghi:	1..... 2..... 3.....	Data intervento:    /    /      Sala: .....	
Anestesisti:	1..... dalle ore: ____ alle ore: ____ 2..... dalle ore: ____ alle ore: ____	Tipo di intervento: .....	
Inf. Strumentista:	1..... dalle ore: ____ alle ore: ____ 2..... dalle ore: ____ alle ore: ____	Accesso chirurgico: chirurgia aperta <input type="checkbox"/> <div style="text-align: right; padding-right: 20px;">chirurgia endoscopica <input type="checkbox"/></div>	
Inf. di Sala:	1..... dalle ore: ____ alle ore: ____ 2..... dalle ore: ____ alle ore: ____	Regime: <input type="checkbox"/> elezione <input type="checkbox"/> urgenza <input type="checkbox"/> emergenza	
OSS:	1..... dalle ore: ____ alle ore: ____ 2..... dalle ore: ____ alle ore: ____	Conteggio Ferri Chirurgici Regolare: <input type="checkbox"/> Al Cambio <div style="text-align: right; padding-right: 20px;"><input type="checkbox"/> A Fine Intervento</div>	

Firma Chirurgo: .....

Firma Strumentista: .....

Firma Infermiere di Sala: .....

Firma OSS: .....

Materiale chirurgico	N° confezioni consegnate (allo strumentista)	N° confezioni RESE	Differenza pezzi (consegnati-resi)	NOTE
<b>Laparotomiche 50x50</b> <input type="checkbox"/> = 1 conf. (1 pezzo)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
<b>Garze 10x10</b> <input type="checkbox"/> = 1 conf. (10 pezzi)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
<b>Tamponi piccoli</b> <input type="checkbox"/> = 1 conf. (10 pezzi)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
<b>Tamponi medi</b> <input type="checkbox"/> = 1 conf. (10 pezzi)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
<b>Tamponi grandi</b> <input type="checkbox"/> = 1 conf. (5 pezzi)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
<b>Cotonini</b> <input type="checkbox"/> = 1 conf. (5 pezzi)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
<b>Tamponi anatomici</b> <input type="checkbox"/> = 1 conf. (5 pezzi)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
<b>Bisturi</b> <input type="checkbox"/> = 1 conf. (5 pezzi)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
.....				
.....				

**DISCORDANZE - NON Conformità (procedure messe in atto):** Ripetizione conteggio ☐ Ispezione sito operatorio e area circostante ☐  
 Controllo radiologico ☐ Registrato su atto operatorio ☐ Trasmessa copia della presente scheda alla S.S Rischio Clinic ☐