

## Fase intra-operatoria

### VERIFICHE DA EFFETTUARE *NEL Blocco Operatori*

(\*) voci che possono coinvolgere figure diverse in base all'organizzazione della stru

NA: Azione Non Applicabile allo specifico intervento

		firme				
		Infermiere	Anestesista	Chirurgo	Strumentista	OSS
Accettazione	1 (*)					
	2					
Pre - intervento	3					
	Time Out:					
	Presentazione equipe					
	4					
Intervento	5					
	Sign Out:					
	6					
Post - intervento	(*)					
	7					
	8					
	9					
Dimissione dal blocco operatorio (dopo il passamalati)	10 (*)					

SALA: .....

SPECIALITA': .....



NOTE:



# Check list "Cure Sicure: la gestione del percorso chirurgico"

Presidio Ospedaliero: **MV** **MT** **SGB** **SP**  
(Presidi Ospedalieri: Maria Vittoria; Martini; S. Giovanni Bosco; Oftalmico "Sperino")

COGNOME: .....

NOME: .....

Data nascita: / /

Struttura Ricovero: .....

Data intervento: / /

Intervento: .....

Urgenza **SI** **NO**

Fase pre-operatoria

**ITEM DA VERIFICARE**

**PRIMA DELL' Invio in Sala Operatoria**

(\*) Non indicato per alcuni tipi di intervento (barrare NA: Non Applicabile)

Reparto ricovero		Infermiere
1	Identità dal paziente e congruenza con documentazione sanitaria	
2	Presenza dei consensi informati firmati (chirurgico/ anestesiological)	
3	Completezza della documentazione clinica assistenziale e radiologica	
4	Igiene	
5	Tricotomia (*)	NA
6	Digiuno (*)	NA
7	Preparazione intestinale (*)	NA
8	Contrassegno lateraltà (*)	NA
9	Tracciabilità terapia farmacologica su SUT (compresa antitrombotica, ATB, antiallergica)	
10	Assenza monili, protesi, smalto unghie	

firma

Fase post-operatoria

**ITEM DA VERIFICARE**

**AL Ritorno dalla Sala Operatoria**

Reparto ricovero		Infermiere
1	Corrispondenza identità paziente/documentazione clinica/letto degenza	
2	Completezza della documentazione sanitaria (cartella clinica/atto operatorio/cartella anestesiological/cartella inf./SUT)	
3	Controllare: parametri/ drenaggi/ medicazioni/ esami/ decubito	
4	Verifica/preparazione/somministrazione terapia	

firma

Note

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Firma:

**Il paziente NON DEVE essere inviato in sala operatoria in MANCANZA del CONSENSO informato e firmato, ad esclusione delle situazioni previste per legge.**

