

# SCHEDA CONTEGGIO MATERIALE CHIRURGICO

Piastre chirurgiche – P.O. Maria Vittoria

Cognome \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Sala: \_\_\_\_\_

Intervento di: \_\_\_\_\_

Data: / /

Ordinario ☐

☐ Urgente

	IN ENTRATA													IN USCITA																																																								
Garze 10x10 ○ = confezione da 10 pezzi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25																				
Garze 5x5 ○ = confezione da 5 pezzi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																								
Tamponi ○ = confezione da 5 pezzi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25																				
Teli addominali ○ = confezione da ..... pezzi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																								
Aghi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
Altro	Loop <input type="checkbox"/>	Nettapunte <input type="checkbox"/>	Benda <input type="checkbox"/>	Garza armata <input type="checkbox"/>											Loop <input type="checkbox"/>	Nettapunte <input type="checkbox"/>	Benda <input type="checkbox"/>	Garza armata <input type="checkbox"/>																																																				
Strumentario	Strumentario		Strumentario Imbustato											Strumentario		Strumentario imbustato																																																						
	Lame													Lame																																																								
Firma strumentista: _____													Firma infermiere: _____																																																									
Firma chirurgo: _____																																																																						
Firma strumentista subentrato: _____													dalle h.: _____																																																									
Firma infermiere subentrato: _____													dalle h.: _____																																																									
													Note:																																																									
													<b>DISCORDANZA- NON CONFORMITA'</b> (procedure messe in atto): Ripetizione conteggio <input type="checkbox"/> Ispezione sito operatorio e area circostante <input type="checkbox"/> Controllo radiologico <input type="checkbox"/> Registrato su atto operatorio <input type="checkbox"/> Trasmessa copia della presente scheda alla SS Rischio Clinico <input type="checkbox"/>																																																									