

**P.O.OFTALMICO SPERINO  
OCULISTICA**  
Direttore: Dr. Roberto Orsi  
**CHECKLIST PER LA SICUREZZA IN SAL OPERATORIA**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Data nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

CONTROLLI PRIMA DELL'ANESTESIA (Sign in)		
1) Il paziente conferma identità sede intervento, procedura, consensi (anestesiologico e chirurgico)	SI	NO
2) Il sito di intervento è stato marcato (se applicabile)	SI	NO
3) Controlli per la sicurezza dell'anestesia completati	SI	NO
4) Anticipazione eventuali criticità da parte dei componenti dell'equipe	SI	NO
5) Controllo di eventuali protesi dentarie (non necessario per anestesia locale)	SI	NO
6) Valutazione di eventuali allergie	SI	NO
7) Valutazione difficoltà di gestione delle vie aeree (se sì la strumentazione è disponibile)	SI	NO

CONTROLLI PRIMA DELL'INIZIO DELL'INTERVENTO (Time out)		
1) Tutti i componenti dell'equipe sono noti o si sono presentati	SI	NO
2) L'equipe conferma: identità, sede intervento, procedura, corretto posizionamento, allergie	SI	NO
3) Si controlla l'eventuale IOL (o altro dispositivo chirurgico)	SI	NO
4) Si esegue la procedura di profilassi delle infezioni	SI	NO
5) Si valuta l'eventuale indicazione alla profilassi antibiotica preoperatoria	SI	NO
6) Si controlla l'eventuale presenza di immagini diagnostiche	SI	NO

CONTROLLI PRIMA DELL'USCITA DALLA SALA OPERATORIA (Sign out)		
1) L'equipe conferma la procedura chirurgica eseguita	SI	NO
2) Si controlla l'eventuale presenza di campione chirurgico (etichettato e con richiesta compilata)	SI	NO
3) L'equipe revisiona gli aspetti importanti per l'assistenza postoperatoria (compresa la terapia antalgica)	SI	NO
4) Si valuta l'indicazione alla profilassi del tromboembolismo postoperatorio	SI	NO

Occhio (OD / OS / OO )

Anestesia ( AT / AL / AG )

Firme \_\_\_\_\_

Procedura chirurgica eseguita \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_