

SISPaC- CHECK LIST SALA OPERATORIA



SISPaC

SCHEDA INTEGRATA DI SICUREZZA DEL PAZIENTE CHIRURGICO

CH Chirurgo	A Anestesista	S Strumentista
I Infermiere	IA Infermiere Anestesista	C cl Coordinatore Check List
IS Infermiere Sala	Team Equipe Operativa	

Fasi :

- 1 - Preparazione Intervento
- 2 - Check List
 - A - Sign In
 - B - Time Out
 - C - Sign Out
- 3 - Post Operatorio

SCHEDA INTEGRATA DI SICUREZZA DEL PAZIENTE CHIRURGICO	
I	Letto N° _____ Data: ____/____/____ 1. Preparazione Intervento Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____ Sesso M F Portatore Protesi d'anca <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Tipo _____ Portatore PaceMaker <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Diagnosi _____ Tipo di Intervento _____ Consensi Informati <input type="checkbox"/> Intervento Anestesia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NP Sangue Emoderivati <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/> Documentazione Sanitaria Allergie <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Quali _____ Rispetto al Momento della Visita sono Interventuti Fattori Nuovi <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Quali _____ Profilassi AntitromboEmbolica <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/> In Trattamento durante il ricovero Rischio di Perdite Ematiche <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> < 7 ml Kg <input type="checkbox"/> > 7 ml Kg Richiesta Unità <input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/> Type & Screen <input type="checkbox"/> Emoderivati <input type="checkbox"/> NP Disponibilità N CH Verifica identità paziente <input type="checkbox"/> Preparazione Paziente Diggiuno <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Rimosso Protesi Dentarie - Acustiche - Lenti a Contatto <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N.P. Smalto Anelli Piercing <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N.P. Tricotomia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N.P. Ha Eseguito Preparazione Intestinale <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N.P. Doccia/Bagno, igiene orale <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N.P. Indumenti Idonei S.O. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N.P. Praticato Profilassi TEV <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N.P. I

SISPaC- CHECK LIST SALA OPERATORIA

SCHEDA INTEGRATA DI SICUREZZA DEL PAZIENTE CHIRURGICO

A) Sign In

Team	1 Il Paziente ha Confermato			
	<input type="checkbox"/> Identità			
	<input type="checkbox"/> Sede Intervento			
	<input type="checkbox"/> Procedura Chirurgica			
	<input type="checkbox"/> Consensi	anestesiologico	chirurgico	emocomponenti
	<input type="checkbox"/> Diggiuno			
2 Il Sito dell'Intervento è Stato Marcato				
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N.P.		
3 Completati i Controlli per la Sicurezza in Anestesia			N.P. in Anestesia Locale	
<input type="checkbox"/>				
4 Allergie				
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			
5 Difficoltà alla Gestione delle Vie Aeree				
<input type="checkbox"/> SI, Strumentazione/Assistenza Disponibile	<input type="checkbox"/> NO	N.P. in A. Locale		
6 Rischio di Perdite Ematiche				
<input type="checkbox"/> SI, l'Accesso Venoso è Adeguato ed i Fluidi sono Disponibili	<input type="checkbox"/> NO			

Ccl.....
.....

SCHEDA INTEGRATA DI SICUREZZA DEL PAZIENTE CHIRURGICO

B) Time Out

Team	<input type="checkbox"/> 1 Tutti i Componenti dell'Equipe hanno Confermato il Proprio Nome o Funzione
	<input type="checkbox"/> 2 Il Chirurgo, l'Anestesista, Infermieri hanno Confermato
	<ul style="list-style-type: none"> * Identità Paziente * Sede di Intervento * Tipo di Intervento * Corretto Posizionamento
	Anticipazioni di Eventuali Criticità o Preoccupazioni
	<input type="checkbox"/> 3 Chirurgo
	<ul style="list-style-type: none"> * Eventuali criticità * Durata Intervento * Rischio di Perdite Ematiche
	<input type="checkbox"/> 4 Anestesista * N.P. in A. Locale
	<ul style="list-style-type: none"> * Presenza Aspetti Critici Riguardo il Paziente * Scala ASA
<input type="checkbox"/> 5 Strumentista	
<ul style="list-style-type: none"> * E' Stata Verificata la Sterilità del D.M. * Presenza di Eventuali Problemi Relativi ai Dispositivi Medici 	
* Posizionato CV <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NP Posizionata piastra <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NP	
<input type="checkbox"/> 6 La Profilassi Antibiotica è Stata Eseguita negli Ultimi 60 Minuti	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NP	
<input type="checkbox"/> 7 Le Immagini Diagnostiche Sono State Visualizzate	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NP	
<input type="checkbox"/> 8 Impostato monitoraggio	

C.Cl.....
.....

SISPaC- CHECK LIST SALA OPERATORIA

SCHEDA INTEGRATA DI SICUREZZA DEL PAZIENTE CHIRURGICO

C) Sign Out

☐ 1 Nome della Procedura Eseguita

☐ 2 Il Conteggio Finale Garze, Bisturi, Aghi e Altro Strumentario Chirurgico è Risultato Corretto

☐ SI ☐ NP

☐ 3 I pezzi istologici sono correttamente etichettati

☐ 4 Eventuali Problemi Relativamente ai Dispositivi Medici sono stati segnalati

☐ 5 Il Chirurgo, l'Anestesista e gli Infermieri Revisionano gli Aspetti Importanti e gli Elementi Critici per la Gestione dell'Assistenza Post-Operatoria

6 Piano Profilassi del Tromboembolismo Post-Operatorio

☐ SI ☐ NP

Drenaggi se presenti N°

Presenza lesione sede piastra ☐ SI ☐ NO

Team

C.Cl.....

IA.....

Verifica parametri vitali all'uscita del blocco operatorio

SCHEDA INTEGRATA DI SICUREZZA DEL PAZIENTE CHIRURGICO

3. Post Operatorio

I

Il Paziente si Presenta

☐ Sveglia ☐ Sedato

Verifica:

Parametri Vitali

Dolore

Vomito

Infusione Continua Terapia Antalgica

Ossigenoterapia

Medicazione

Drenaggi

Accessi venosi

Sondino Naso Gastrico/NE

Catetere Vescicale

Stomia

Lavaggio Vescicale

Lavaggio intrarticolare

Immobilizzazione (gesso, doccia, stecca)

Terapia Infusionale

VAS

SI ☐ NO

Legenda
NP Non Prevista
CH Chirurgo
C cl Coordinatore Check List
I Infermiere Rep
IA Infirm. Anestes