



ISTITUTO SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINI



REGIONE
LAZIO

Direzione Sanitaria

segreteria@scamilloforlanini.rm.it

28/06/2018

Documento N. 72259/2018

La Check list per la sicurezza del paziente chirurgico è in vigore dalla data di pubblicazione della delibera n°1643 del 01.12.2017 .

Per facilitare l'implementazione operativa della stessa , si pubblica sul sito aziendale l'elaborato grafico

La Direzione Sanitaria

CHECKLIST

PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE NEL PERCORSO CHIRURGICO

**LA CHECKLIST, CORRETTAMENTE COMPILATA E FIRMATA,
DEVE ESSERE INSERITA NELLA CARTELLA CLINICA
COME PARTE INTEGRANTE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA DEL PAZIENTE**

28/6

N.O.

[Handwritten signature]

Pagina 1 di 7



Atti pre-operatori (reparto) U.O. _____

Data.../.../..... h.....

Identificazione del paziente

Nome	_____	Data Intervento	_____	RAD	_____
Cognome	_____	Letto	N° _____		
Sesso	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Dispositivi impiantati	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Data Nascita	_____	Portatore di Protesi	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Lingua	_____	Antiaggreganti	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Diagnosi			Tipo di intervento		
_____			_____		
_____			_____		

Consenso informato

Intervento Anestesia Anestesia Locale

Urgenza Consenso a dare informazioni a : _____

Controlli per la sicurezza

Documentazione Sanitaria Prescrizione antibiotico profilassi

Contrassegno Sito chirurgico N.A. Prescrizione profilassi ATE N.A.

Gruppo sanguigno N.A. Somministrazione antibiotico SI NO N.A.

Somministrazione ATE SI NO N.A.

Richiesta unità

Sangue	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.A. <input type="checkbox"/>	Disponibilità	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.A. <input type="checkbox"/>
Emoderivati	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.A. <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.A. <input type="checkbox"/>
Predeposito	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.A. <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.A. <input type="checkbox"/>
Type & screen	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.A. <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.A. <input type="checkbox"/>

Preparazione paziente

Digiuno Cure igieniche Pressoterapia Calze Antitrombo

Rimozione protesi dentarie, anelli, smalto, piercing..... Consegnate a _____

Premedicazioni N.A.

Tricotomia N.A.

Consegne anestesiolgiche

Richiesta posto letto T.I. SI NO N.A. Disponibilità posto letto T.I. SI NO

Allergie

Farmaci	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Nichel	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Lattice	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Altro	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Anestetici	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Note:	_____

Firma Infermiere

Sign In ore _____ **Time Out ore** _____
 prima dell'intervento _____ prima dell'incisione della cute _____

1) Il paziente ha confermato:
 - identità SI NON APPLICABILE
 - sede di intervento SI NON APPLICABILE
 - procedura SI NON APPLICABILE
 - consensi SI NON APPLICABILE
 (anestesiologico, chirurgico, emocomponenti)

2) Il sito di intervento è stato marcato
 SI NON APPLICABILE

3) I controlli per la sicurezza dell'anestesia sono stati completati
 (ventilatore, flusso O₂, Gas, aspiratore)
 SI NO NON APPLICABILE

4) Controllo e posizionamento del pulsossimetro
 SI NO

Identificazione dei rischi del paziente
 5) Allergie SI _____ NO
 6) Difficoltà di gestione delle vie aeree o rischio di aspirazione
 SI NO
 7) Rischio di perdita ematica > 500 ml (bambino: 7 ml/Kg)
 Richiesti Emazie e/o plasma SI NO
 Accesso endovenoso adeguato SI NO
 8) Normotermia
 SI NO NON APPLICABILE
 9) Omeostasi Glicemica
 SI NO NON APPLICABILE

Sign In: Anestesista - Infermiere

Time Out ore _____
 prima dell'incisione della cute _____

1) I nomi e le funzioni dei componenti dell'equipe sono noti a tutti i suoi membri
 2) Il chirurgo, l'anestesista e l'infermiere hanno confermato: identità del paziente, sede d'intervento, procedura, corretto posizionamento
Anticipazione di eventuali criticità o preoccupazioni:
 3) Chirurgo: durata dell'intervento, rischio di perdita di sangue, altro?
 4) Anestesista: specificità riguardanti il paziente, scala ASA, altro?
 5) Infermiere: è stata verificata la sterilità (compresi i risultati degli indicatori) e ci sono eventuali problemi relativi ai dispositivi e/o altre preoccupazioni?

6) La profilassi antibiotica è stata eseguita negli ultimi 60 minuti
 SI NO NON APPLICABILE

7) Antibiotico somministrato: _____
 8) Dose: _____

9) Le immagini diagnostiche sono state visualizzate?
 SI NON APPLICABILE

10) Normotermia
 SI NO NON APPLICABILE

Time Out: Chirurgo - Anestesista - Infermiere

Sign Out ore _____
 prima che il paziente lasci la Sala Operatoria _____

Ottenuta conferma verbale su:
 1) Nome procedura eseguita SI NO
 2) Correttezza del conteggio finale di strumenti, garze e tagliandi SI NO
 3) Corretta etichettatura del campione chirurgico, con relativo contenitore e richiesta, (compreso l'identificativo del paziente e descrizione del campione) SI NO
 4) Eventuali problemi relativi all'utilizzo di Dispositivi Medici SI NO
 5) Chirurgo, Anestesista e Infermiere hanno revisionato gli aspetti importanti e gli elementi critici per la gestione dell'assistenza post operatoria SI NON APPLICABILE
 6) Piano per la profilassi del tromboembolismo post operatorio SI NO
 7) Dose addizionale antibiotico/profilassi SI NO
 8) Normotermia SI NO NON APPLICABILE

DATI DEL PAZIENTE
 Cognome e nome _____
 Data di nascita _____
 N° scheda RAD/SDO _____
 DEA - codice GIPSE _____

Sign Out: Chirurgo - Anestesista - Infermiere

DATA: _____ **intervento in:** URGENZA ELEZIONE

PROCEDURA ESEGUITA: _____

Nome e firma coordinatore checklist _____

Cambio Coord. checklist con passaggio di consegne ore: _____

Nome e firma 2° Coord. checklist _____

Nome e firma | Chirurgo _____

Nome e firma Anestesista _____

Nome e firma Infermiere _____

Tracciabilità

Conteggio garze

	Elementi aggiuntivi					Elementi aggiuntivi					Totale	
	Inizio	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
Laparatomiche												
Garze 10x10												
Garze 5x5												
Tamponcini												
Lunghette												
Firma Strumentista												
Firma Infermiere												
Firma Chirurgo												

Nota: la verifica intermedia viene effettuata nelle situazioni indicate nella raccomandazione ministeriale relativa alla ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico e tenendo conto della tipologia di intervento in corso.

Conteggio strumentario

	Elementi aggiuntivi					Elementi aggiuntivi					Totale	
	Inizio	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
Set												
Set												
Set												
Set												
Aghi												
Taglienti												
Firma Strumentista												
Firma Infermiere												
Firma Chirurgo												



SPAZZIERA GIANFRANCO RICCIARDINI
AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINI

CHECKLIST PER LA SICUREZZA DEL
PAZIENTE NEL PERCORSO CHIRURGICO



REGIONE
LAZIO

Tracciabilità (etichette)

Etichette: Dispositivi medici, Impianti, Tracciabilità Sterilizzazione ecc

Firma Infermiere

Sala Risveglio

Data.../.../..... h.....

Drenaggi	N°	Sede	
	N°	Sede	
	N°	Sede	
Corretto funzionamento	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Note
Parametri vitali	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Note
Inserimento nella cartella clinica di:			
Cartella anestesiologicala con consegna post-operatoria <input type="checkbox"/>			
Referto operatorio <input type="checkbox"/>			
Documenti tracciabilità	Atto operatorio <input type="checkbox"/>	scheda anestesia <input type="checkbox"/>	Altro <input type="checkbox"/> _____
Terapia antalgica <input type="checkbox"/>			
Terapia post-operatoria <input type="checkbox"/>			
Emotrasfusione <input type="checkbox"/>			
Check list paziente <input type="checkbox"/>			
Il paziente si presenta:	Sveglio <input type="checkbox"/>	Soporoso <input type="checkbox"/>	Sedato <input type="checkbox"/> Agitato <input type="checkbox"/>
Dimissione sala operatoria		Chirurgo <input type="checkbox"/>	Anestesista <input type="checkbox"/>
Firma Infermiere	Firma Chirurgo	Firma Anestesista	Firma Coord. checklist

Rientro in reparto

Data.../.../..... h.....

Il paziente si presenta:	Sveglio <input type="checkbox"/>	Soporoso <input type="checkbox"/>	Sedato <input type="checkbox"/>	Agitato <input type="checkbox"/>
Controllo parametri vitali	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.A. <input type="checkbox"/>	
Dolore	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.A. <input type="checkbox"/>	
Terapia antalgica	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.A. <input type="checkbox"/>	
Vomito	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.A. <input type="checkbox"/>	
Sangue disponibile	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.A. <input type="checkbox"/>	
Ossigenoterapia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.A. <input type="checkbox"/>	
Controllo medicazione	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.A. <input type="checkbox"/>	
Controllo drenaggi	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.A. <input type="checkbox"/>	
Presenza CVC	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.A. <input type="checkbox"/>	
Presenza Arteria incannulata	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.A. <input type="checkbox"/>	
Presenza SNG	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.A. <input type="checkbox"/>	
Presenza CV	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.A. <input type="checkbox"/>	
Esami di controllo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.A. <input type="checkbox"/>	
Terapia infusione	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N.A. <input type="checkbox"/>	
Documenti tracciabilità	Atto operatorio <input type="checkbox"/>	scheda anestesia <input type="checkbox"/>	Altro <input type="checkbox"/>	

Firma Infermiere



Legenda:

C	Chirurgo
A	Anestesista
I	Infermiere
S	Strumentista
TEAM	Equipe Operatoria
N.A.	Non Applicabile
TYPE & SCREEN	Tipizzazione e screening anticorpale
ATE	Terapia antitromboembolica