



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINI



REGIONE
LAZIO

Direzione Sanitaria

segreteriaadsa@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.
Gm

Pagina 1 di 7



AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINI

CHECKLIST PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE NEL PERCORSO CHIRURGICO



REGIONE
LAZIO

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

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

Identificazione del paziente

Nome _____	Data Intervento _____		RAD _____	
Cognome _____	Letto _____		N° _____	
Sesso ☐ M ☐ F	Dispositivi impiantati	SI ☐	NO ☐	
Data Nascita _____	Portatore di Protesi	SI ☐	NO ☐	
Lingua _____	Antiaggreganti	SI ☐	NO ☐	
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 ☐ NO ☐ N.A. ☐ Disponibilità SI ☐ NO ☐ N.A. ☐
Emoderivati	SI ☐ NO ☐ N.A. ☐ SI ☐ NO ☐ N.A. ☐
Predeposito	SI ☐ NO ☐ N.A. ☐ SI ☐ NO ☐ N.A. ☐
Type & screen	SI ☐ NO ☐ N.A. ☐ SI ☐ NO ☐ N.A. ☐

Preparazione paziente

☐ Digiuno ☐ Cure igieniche ☐ Pressoterapia ☐ Calze Antitrombo

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

☐ Premedicazioni N.A. ☐

☐ Tricotomia N.A. ☐

☐ Consegne anestesilogiche

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

Disponibilità posto letto T.I. SI ☐ NO ☐

Allergie	Farmaci	☐ SI ☐ NO	Nichel	☐ SI ☐ NO
	Lattice	☐ SI ☐ NO	Altro	☐ SI ☐ NO
	Anestetici	☐ SI ☐ NO	Note:	_____

Firma Infermiere

CHECKLIST PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE NEL PERCORSO CHIRURGICO

Sign In ore _____ Time Out ore _____ <i>prima dell'intervento</i> <i>prima dell'incisione della cute</i>	
1) Il paziente ha confermato: - identità ☐ SI ☐ NON APPLICABILE - sede di intervento ☐ SI ☐ NON APPLICABILE - procedura ☐ SI ☐ NON APPLICABILE - consensi ☐ SI ☐ NON APPLICABILE (anestesilogico, 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 _____ <i>prima dell'incisione della cute</i>	
☐ 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 _____ <i>prima che il paziente lasci la Sala Operatoria</i>	
Ottenuta conferma verbale su: 1) Nome procedura eseguita ☐ SI ☐ NO 2) Correttezza del conteggio finale di strumenti, garze e taglienti ☐ 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

[illegible]

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

[illegible]



SPEDIZIONE IN ABBONDO
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 ☐	NO ☐	Note	
Parametri vitali	SI ☐	NO ☐	Note	
Inserimento nella cartella clinica di:				
Cartella anestesilogica con consegna post-operatoria ☐				
Referto operatorio ☐				
Documenti tracciabilità	Atto operatorio ☐	scheda anestesia ☐	Altro ☐ _____	
Terapia antalgica ☐				
Terapia post-operatoria ☐				
Emotrasfusione ☐				
Check list paziente ☐				
Il paziente si presenta:	Sveglio ☐	Soporoso ☐	Sedato ☐	Agitato ☐
Dimissione sala operatoria			Chirurgo ☐	Anestesista ☐
Firma Infermiere	Firma Chirurgo		Firma Anestesista	Firma Coord. checklist

Rientro in reparto

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

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

Firma Infermiere



ASST REGIONALE
AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINI

CHECKLIST PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE NEL PERCORSO CHIRURGICO



REGIONE
LAZIO

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