



SCHEDA A: PREOPERATORIA

| | | |
|---|---|---|
| ETICHETTA PERSONA ASSISTITA | <input type="checkbox"/> ORDINARIO <input type="checkbox"/> URGENZA DIFFERIBILE <input type="checkbox"/> AMBULATORIALE DAY SURGERY | <input type="checkbox"/> DAY SURGERY <input type="checkbox"/> ONE DAY SURGERY <input type="checkbox"/> DAY HOSPITAL |
| | DATA INTERVENTO: DIAGNOSI: TIPOLOGIA INTERVENTO: | |
| CARTELLA CLINICA: | | FIRMA/SIGLA AVVENUTO CONTROLLO: DIRIGENTE MEDICO |
| <input type="checkbox"/> SCHEDA DIMISSIONE OSPEDALIERA (SDO) <input type="checkbox"/> ANAMNESI COMPILATA <input type="checkbox"/> DIARIO CLINICO COMPILATO <input type="checkbox"/> EVENTUALE SCHEDA TERAPEUTICA UNICA ALTRO specificare: | <input type="checkbox"/> ESAMI EMATICI DI ROUTINE <input type="checkbox"/> ESAMI STRUMENTALI DI ROUTINE ESAMI/CONSULENZE AGGIUNTIVI A CONFERMA DELL'INTERVENTO: <input type="checkbox"/> PRESENTI IN CARTELLA/CONTROLLATI | |
| CONSENSI: | | DIRIGENTE MEDICO |
| <input type="checkbox"/> CHIRURGICO <input type="checkbox"/> EMOTRASFUSIONALE (se previsto) | ALTRO specificare: | |
| INFORMAZIONI ANESTESIOLOGICHE: | | ANESTESISTA |
| <input type="checkbox"/> CONSENSO ANESTESIOLOGICO INTUBAZIONE DIFFICILE: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO PREMEDICAZIONE <input type="checkbox"/> PRESCRITTA <input type="checkbox"/> NON PREVISTA | | |
| RISCHI PERSONA ASSISTITA (P.A.): | | DIRIGENTE MEDICO |
| ALLERGIE/INTOLLERANZE NOTE: | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SE SI specificare quali: | |
| STATO DI GRAVIDANZA RIFERITO DALLA P.A. | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
| PERDITA EMATICA: (adulto > 500 ml; bambino 7ml/kg) | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
| ALTRO specificare: | | |
| SANGUE/EMODERIVATI: | | DIRIGENTE MEDICO |
| <input type="checkbox"/> SANGUE DISPONIBILE: <input type="checkbox"/> AUTOLOGO <input type="checkbox"/> OMOLOGO N°UNITA': | | |
| <input type="checkbox"/> PIASTRINE: N°UNITA': | <input type="checkbox"/> PLASMA : N°UNITA': | |
| ALTRO specificare: <input type="checkbox"/> ESEGUITO TYPE SCREEN <input type="checkbox"/> NON PREVISTI PER LA SPECIFICA PROCEDURA CHIRURGICA | | |
| TERAPIA: | | DIRIGENTE MEDICO |
| PROFILASSI ANTIBIOTICA (ATB): | <input type="checkbox"/> PRESCRITTA <input type="checkbox"/> NON PREVISTA | |
| PROFILASSI TVP/TEP: | <input type="checkbox"/> FARMACOLOGICA PRESCRITTA <input type="checkbox"/> NON PREVISTA | |
| | <input type="checkbox"/> PRESIDI PRESCRITTI <input type="checkbox"/> NON PREVISTI | |
| CLASSIFICAZIONE INTERVENTO: | | DIRIGENTE MEDICO |
| <input type="checkbox"/> PULITO <input type="checkbox"/> PULITO/CONTAMINATO <input type="checkbox"/> CONTAMINATO/SPORCO <input type="checkbox"/> SPORCO | | |
| SITO CHIRURGICO CONTRASSEGNA TO: | | DIRIGENTE MEDICO |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON NECESSARIO | | |

| DISPOSITIVI MEDICI E ALTRO MATERIALE CONSEGNATO ALLA SALA OPERATORIA: | | FIRMA/SIGLA AVVENUTO CONTROLLO: INF/OST/OSS |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> FARMACI DA SOMMINISTRARE PER PROFILASSI ATB <input type="checkbox"/> CALZE TROMBOEMBOLICHE <input type="checkbox"/> POMPA INFUSIONALE <input type="checkbox"/> CUSCINO A TRIANGOLO <input type="checkbox"/> POMPA RECUPERO SANGUE <input type="checkbox"/> TUTORE <input type="checkbox"/> SACCA DONAZIONE CORDONE OMBELICALE <input type="checkbox"/> 10 ETICHETTE LASER <input type="checkbox"/> BENDE ELASTICHE ALTRO specificare: | | |
| INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE DELLA PERSONA ASSISTITA: | | INF/OST |
| STATO COSCIENZA: | <input type="checkbox"/> NORMALE <input type="checkbox"/> DISORIENTATA <input type="checkbox"/> AGITATA <input type="checkbox"/> SOPOROSA | |
| COMUNICAZIONE COMPRESIONE: | <input type="checkbox"/> NORMALE <input type="checkbox"/> ALTERATA <input type="checkbox"/> UTILIZZA ALTRA LINGUA SE SI specificare: | |
| TEMPERATURA CORPOREA: | registrare valore rilevato °C : | |
| LIMITAZIONI FUNZIONALI | ARTO SUPERIORE: <input type="checkbox"/> NON PRESENTI <input type="checkbox"/> DESTRO <input type="checkbox"/> SINISTRO | |
| | CAUSE: <input type="checkbox"/> LINFEDEMA <input type="checkbox"/> EMIPLEGIA <input type="checkbox"/> FISTOLA ARTERO-VENOSA <input type="checkbox"/> SVUOTAMENTO CAVO ASCELLARE ALTRO specificare: | |
| | ARTO INFERIORE: <input type="checkbox"/> NON PRESENTI <input type="checkbox"/> DESTRO <input type="checkbox"/> SINISTRO | |
| | CAUSE: <input type="checkbox"/> EMIPLEGIA ALTRO specificare: | |
| ALTRA SEDE: | COLONNA: <input type="checkbox"/> SI COLLO: <input type="checkbox"/> SI ALTRO specificare: | |
| PROTESI – DISPOSITIVI – ACCESSORI: | | INF/OST |
| PROTESI DISPOSITIVI <u>PRESENTI</u> | PROTESI MAMMARIA: <input type="checkbox"/> dx <input type="checkbox"/> sx | |
| | PROTESI/ ARTRODESI ORTOPEDICHE: | spalla: ginocchio: anca: <input type="checkbox"/> schiena <input type="checkbox"/> dx <input type="checkbox"/> sx <input type="checkbox"/> dx <input type="checkbox"/> sx <input type="checkbox"/> dx <input type="checkbox"/> sx |
| | CHIODO MIDOLLARE: | SE SI specificare SEDE e LATO: |
| | <input type="checkbox"/> CATETERE VENOSO CENTRALE | <input type="checkbox"/> PACE MAKER <input type="checkbox"/> TRACHEOSTOMIA |
| | <input type="checkbox"/> CATETERE PERIDURALE | <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> DRENAGGIO |
| | <input type="checkbox"/> CATETERE VENOSO PERIFERICO | <input type="checkbox"/> PEG ALTRO specificare: |
| | <input type="checkbox"/> CATETERE VESCICALE | <input type="checkbox"/> ENTEROSTOMIA |
| | <input type="checkbox"/> DEFIBRILLATORE CARDIACO IMPIANTATO | <input type="checkbox"/> UROSTOMIA <input type="checkbox"/> DENTARIA FISSA |
| PROTESI E ACCESSORI <u>RIMOSSI</u> | PROTESI DENTARIA MOBILE: <input type="checkbox"/> superiore <input type="checkbox"/> inferiore | PROTESI ACUSTICA: <input type="checkbox"/> destra <input type="checkbox"/> sinistra |
| | PROTESI VISIVE: <input type="checkbox"/> occhiali <input type="checkbox"/> lenti a contatto | oculari: <input type="checkbox"/> dx <input type="checkbox"/> sx |
| | <input type="checkbox"/> MONILI (incluso piercing e unghie artificiali) | |
| INFORMAZIONI ASSISTENZIALI RELATIVE ALLA PERSONA ASSISTITA: | | INF/OST/OSS |
| IGIENE PERSONALE: | <input type="checkbox"/> ESEGUITA <input type="checkbox"/> CONTROLLATA | |
| STATO DELLA CUTE: | <input type="checkbox"/> INTEGRA <input type="checkbox"/> NON INTEGRA SEDE LESIONE specificare: | |
| | TIPO LESIONE specificare: | |
| TRICOTOMIA: | <input type="checkbox"/> ESEGUITA <input type="checkbox"/> CONTROLLATA <input type="checkbox"/> NON NECESSARIA | |
| DIGIUNO: | DALLE ORE specificare: | |
| DISEGNO PREOPERATORIO PER CONFEZIONAMENTO STOMIA: | | INF ESPERTO ENTEROSTOMISTA |
| <input type="checkbox"/> REALIZZATO <input type="checkbox"/> NON NECESSARIO | | |
| TERAPIA: | | INF/OST |
| PREMEDICAZIONE: | <input type="checkbox"/> SOMMINISTRATA | |
| PROFILASSI ANTIBIOTICA: | <input type="checkbox"/> ESEGUITA <input type="checkbox"/> DA ESEGUIRE IN DEGENZA IN SALA OPERATORIA | |
| PROFILASSI TVP/TEP: | <input type="checkbox"/> SOMMINISTRATA IN DEGENZA | |
| | <input type="checkbox"/> PRESIDI APPLICATI IN DEGENZA <input type="checkbox"/> PRESIDI DA APPLICARE IN SALA OPERATORIA | |
| ULTERIORI SEGNALAZIONI UTILI ALLA PRESA IN CARICO DELLA PERSONA ASSISTITA: | | INF/OST |
| <input type="checkbox"/> VALORE RGT/HGT PRE-OPERATORIO IN P.A. CON SOSPETTO DI DIABETE O DIABETICA: mg/dl | ALTRO specificare: | |
| RICHIESTE ESPRESSE DALLA PA: | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI specificare: | INF/OST |

SCHEDA B: ACCETTAZIONE NEL BLOCCO OPERATORIO**ACCOGLIENZA PERSONA ASSISTITA:**

INDICARE L'ORA DI ARRIVO DELLA P.A. NEL BLOCCO OPERATORIO:

- AVVENUTA IDENTIFICAZIONE P.A.
- AVVENUTA IDENTIFICAZIONE DEL SITO CHIRURGICO
- AVVENUTA IDENTIFICAZIONE DELLA PROCEDURA CHIRURGICA

INDICARE IL NUMERO/LETTERA DELLA SALA OPERATORIA DOVE VERRA' REALIZZATO L'INTERVENTO:

PROBLEMATICHE EMERSE DURANTE LA FASE DI ACCOGLIENZA NEL BLOCCO OPERATORIO: NO SE SI specificare:**RICHIESTE ESPRESSE DALLA PERSONA ASSISTITA:** NO SE SI specificare:**FIRMA/SIGLA AVVENUTO CONTROLLO DA PARTE DELL'INFERMIERE ACCETTANTE:****SCHEDA C: PERIOPERATORIA****ALLERGIE/INTOLLERANZE NOTE:** SI NO**VERIFICA LIVELLO DI ANSIA:** ASSENTE LIEVE MODERATO GRAVE NON VALUTABILE**ACCESSO VENOSO:**

- POSIZIONATO IN DEGENZA, FUNZIONANTE E FUNZIONALE ALL'INTERVENTO
- POSIZIONATO NEL PERIOPERATORIO

APPLICAZIONE DI CATETERINI: PERINERVOSO SE SI specificare sede: PERIDURALE SE SI specificare sede:**PROFILASSI ANTIBIOTICA:** ESEGUITA IN S.O. specificare ORA:**DIURESIS:** IN PRESENZA DI CATETERE VESCICALE specificare quantità:**ALTRI ATTI ASSISTENZIALI:** NO SI

SE SI specificare quali:

ULTERIORI SEGNALAZIONI UTILI ALLA PRESA IN CARICO DELLA PERSONA ASSISTITA:

SE SI specificare quali:

**FIRMA/SIGLA
AVVENUTO
CONTROLLO:
INFERMIERE****INFERMIERE****INFERMIERE****INFERMIERE****INFERMIERE****INFERMIERE****INFERMIERE****INFERMIERE**

SCHEDA D: INTRAOPERATORIA**APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI:** AVVENUTA VERIFICA FUNZIONALITA'**IDENTIFICAZIONE PRESENTI IN SALA:** PRESENTAZIONE DEI MEMBRI DELL'EQUIPE PER NOME E RUOLO ALTRE PERSONE ESTERNE PRESENTI AUTORIZZATE DALLA DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA SE SI specificare:**CONDIVISIONE NELL'AMBITO DELL'ÉQUIPE OPERATORIA:**

| | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> IDENTIFICAZIONE PERSONA ASSISTITA | <input type="checkbox"/> IDENTIFICAZIONE SITO | <input type="checkbox"/> IDENTIFICAZIONE PROCEDURA CHIRURGICA | <input type="checkbox"/> VISIONE IMMAGINI DIAGNOSTICHE (se realizzate) |
| EVENTUALI CRITICITA' RILIEVI ESPRESSI DA | <input type="checkbox"/> CHIRURGO SE SI specificare: | <input type="checkbox"/> ANESTESISTA SE SI specificare: | <input type="checkbox"/> INFERMIERE SE SI specificare: |

CORRETTO POSIZIONAMENTO DELLA PERSONA ASSISTITA: SUPINO LATERALE DESTRO LATERALE SINISTRO PRONO SEDUTO/SEMISEDUTO LITOTOMICO/GINECOLOGICO

ALTRA POSIZIONE specificare:

ORARIO INIZIO ANESTESIA:

Ora:

ANESTESIA PRATICATA: SEDAZIONE GENERALE SPINALE SELETTIVA SPINALE/PERIDURALE COMBINATA PLESSICA TRONCULARE LOCALE**ORARIO INIZIO INCISIONE:**

Ora:

PARAMETRI MONITORATI DURANTE L'INTERVENTO:

| | | | |
|--|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ECG | <input type="checkbox"/> FREQUENZA CARDIACA | <input type="checkbox"/> PA NON INVASIVA | <input type="checkbox"/> PA INVASIVA |
| <input type="checkbox"/> SATURIMETRIA | <input type="checkbox"/> BIS LIVELLI DI SEDAZIONE E COSCIENZA | <input type="checkbox"/> PVC | ALTRO specificare: |
| <input type="checkbox"/> NMT (NEURO-MUSCOLAR TRANSMISSION) | <input type="checkbox"/> VALORE RGT/HGT PRE-OPERATORIO IN P.A. CON SOSPETTO DI DIABETE O DIABETICA: mg/dl | <input type="checkbox"/> TEMPERATURA <input type="checkbox"/> TEMPERATURA PRIMA DELL'ESTUBAZIONE: °C | |

| PRESIDI POSIZIONATI: | | | |
|---|--|--|---|
| <p>DX SIN SIN DX</p> <p>ANTERIORE POSTERIORE</p> | SIMBOLI PER INDICARE SEDE COLLOCAZIONE PRESIDI | | |
| | X | accesso venoso periferico (se più accessi identificare con diametro) | ▲ Laccio emostatico dati applicazione laccio: durata applicazione in minuti: pressione in mmHg: |
| | X₁ | accesso venoso centrale | |
| | X₂ | accesso arterioso | |
| | O | cateterino peridurale o perinervoso | ALTRO specificare: |
| | | placca elettrobisturi | |
| | | ferita chirurgica | |
| | →a | drenaggio in aspirazione | |
| | →c | drenaggio a caduta | |
| | ● | stomia | |
| S | SNG (se temporaneo St) | | |
| + | catetere vescicale (se cistoclisi +1) | | |
| ALTRI PRESIDI UTILIZZATI DURANTE L'INTERVENTO: | | | |
| <input type="checkbox"/> PROTEZIONE CORNEE | | <input type="checkbox"/> PRESIDI TVP/TEP | |
| SISTEMI DI RISCALDAMENTO INFUSIONI: | <input type="checkbox"/> INFUSIONI PRERISCALDATE | <input type="checkbox"/> SCALDAINFUSIONI | |
| SISTEMI DI RISCALDAMENTO PERSONA ASSISTITA: | <input type="checkbox"/> COPERTA TERMICA | <input type="checkbox"/> MATERASSINO TERMICO | <input type="checkbox"/> DISPOSITIVO AD ARIA CALDA |
| EMORECUPERO: | | | |
| <input type="checkbox"/> INTRAOPERATORIO | | <input type="checkbox"/> IMMEDIATO POSTOPERATORIO | |
| | | SE SI INIZIO RECUPERO ORE: | FINE RECUPERO ENTRO 6 ORE |
| CORRETTEZZA CONTEGGI PER LA PREVENZIONE DELLA RITENZIONE DI MATERIALE ESTRANEO ALL'INTERNO DEL SITO CHIRURGICO E RELATIVA TRACCIABILITA': | | | |
| <input type="checkbox"/> GARZE | <input type="checkbox"/> AGHI E TAGLIENTI | <input type="checkbox"/> STRUMENTARIO | |
| <input type="checkbox"/> NON PREVISTO DALLA PROCEDURA CHIRURGICA | <input type="checkbox"/> NON PREVISTO DALLA PROCEDURA CHIRURGICA | <input type="checkbox"/> TRACCIABILITA' | |
| PRESENZA DI EVENTUALI ALLEGATI ALLA CHECKLIST | <input type="checkbox"/> ALLEGATO 1 | <input type="checkbox"/> ALLEGATO 2 specificare N°schede presenti: | |
| ORARIO FINE INTERVENTO: | | | |
| Ora: | | | |
| INDAGINI INTRAOPERATORIE: | | MEDICAZIONE/I: | |
| <input type="checkbox"/> EMATICHE | <input type="checkbox"/> BATTERIOLOGICHE | <input type="checkbox"/> A PIATTO | <input type="checkbox"/> COMPRESSIVA |
| <input type="checkbox"/> CITOLOGICHE | <input type="checkbox"/> ISTOLOGICHE Specificare N° campioni: | <input type="checkbox"/> DOCCIA GESSATA | <input type="checkbox"/> GARZA/ZAFFO LASCIATO IN SITU |
| <input type="checkbox"/> RADIOLOGICHE | | <input type="checkbox"/> BENDAGGIO | <input type="checkbox"/> CALZA ELASTICA |
| ALTRO specificare: | | ALTRO specificare: | |
| | | <input type="checkbox"/> GHIACCIO | <input type="checkbox"/> SACCHETTO DI SABBIA |
| CON UTILIZZO DI: | | <input type="checkbox"/> POSIZIONATORE | ALTRO specificare: |

SCHEDA PER LA PREVENZIONE DELLA RITENZIONE MATERIALE UTILIZZATO NELLA PROCEDURA CHIRURGICA

| MATERIALE UTILIZZATO | CONTEGGIO INIZIALE | | | | CONTEGGIO MATERIALE AGGIUNTIVO | | | | TOTALE FASE 1 E CONTEGGIO MATERIALE AGGIUNTIVO | CONTEGGIO PARZIALE | | | | CONTEGGIO FINALE | | | |
|----------------------------------|--|---|--|---|---|---|---|--|---|---------------------------------|-----------------------------------|-------------------------|-------------------|-------------------------|-------------|-----------------------|---|
| | FASE 1 | | | | DURANTE L'ESECUZIONE DELLA PROCEDURA CHIRURGICA | | | | | FASE 2 | FASE 3 | AL CAMBIO MEMBRI EQUIPE | | FASE 4 | | | |
| | PRIMA DELL'INIZIO PROCEDURA CHIRURGICA | | | | | | | | | PRIMA DELLA CHIUSURA DI CAVITA' | PRIMA DELLA CHIUSURA DELLA FERITA | STRUMENTISTA | PERSONALE DI SALA | IN CAMPO | FUORI CAMPO | TOTALE IN/FUORI CAMPO | VALIDAZIONE CORRETTEZZA CONTEGGIO MATERIALE |
| GARZE ☐=10 PEZZI | ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ | ☐ | | ○ | ○ | ○ | ○ | | | | | | | | ○ | | |
| GARZE LAPAROTOMICHE ☐=5 PEZZI | ☐ ☐ ☐ ☐ | ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ | | ○ | ○ | ○ | ○ | | | | | | | | ○ | | |
| GARZE LONGUETTE ☐=5 PEZZI | ☐ ☐ ☐ ☐ | ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ | | ○ | ○ | ○ | ○ | | | | | | | | ○ | | |
| BATUFFOLI PICCOLI ☐=5 PEZZI | ☐ ☐ ☐ ☐ | ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ | | ○ | ○ | ○ | ○ | | | | | | | | ○ | | |
| BATUFFOLI GRANDI ☐=10 PEZZI | ☐ ☐ ☐ ☐ | ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ | | ○ | ○ | ○ | ○ | | | | | | | | ○ | | |
| ZAFFI ☐=1 PEZZO | ☐ ☐ ☐ ☐ | ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ | | ○ | ○ | ○ | ○ | | | | | | | | ○ | | |
| AGHI ☐=1 PEZZO | ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ | ☐ | | ○ | ○ | ○ | ○ | | | | | | | | ○ | | |

VALUTAZIONE CONTROLLO INTEGRITA' E CONTEGGIO DISPOSITIVI

| | | | | | | | | | |
|------------------|---|------------------|---|------------------|---|--|---|----------------|---|
| FASE 1: INIZIALE | ○ | FASE 2: PARZIALE | ○ | FASE 3: PARZIALE | ○ | AL CAMBIO DELL'INFERMIERE STRUMENTISTA | ○ | FASE 4: FINALE | ○ |
|------------------|---|------------------|---|------------------|---|--|---|----------------|---|

NOTE:

SCHEDA PER LA TRACCIABILITA'

ALTRI DISPOSITIVI

ETICHETTA PERSONA ASSISTITA

DISPOSITIVI CON FILO DI BARIO

| PARAMETRI VITALI RILEVATI IN USCITA DALLA SALA OPERATORIA: | | | | | |
|---|-------|---|---|--|--|
| BILANCIO IDRICO: | | | <u>IN ASSENZA DI STAMPA RELATIVA AL MONITORAGGIO DEI PARAMETRI ANNOTARE:</u> | | |
| ENTRATE | | USCITE | | <input type="checkbox"/> PRESSIONE ARTERIOSA mm Hg: <input type="checkbox"/> FREQUENZA CARDIACA battiti/min: <input type="checkbox"/> SATURAZIONE %: <u>IN PRESENZA DI STAMPA RELATIVA AL MONITORAGGIO DEI PARAMETRI:</u> <input type="checkbox"/> ALLEGATA STAMPA ALLA CHECKLIST <input type="checkbox"/> DOLORE (NRV/VAS 0-10): <input type="checkbox"/> ALTRO specificare: | |
| <input type="checkbox"/> LIQUIDI INFUSI ml: <input type="checkbox"/> EMOTRASFUSIONE n° sacche: <input type="checkbox"/> PLASMA n° sacche: <input type="checkbox"/> EMORECUPERO ml: | | <input type="checkbox"/> DIURESIS ml: <input type="checkbox"/> PERDITE EMATICHE ml: <input type="checkbox"/> PERDITE INTRADDOMINALI ml: <input type="checkbox"/> RISTAGNO GASTRICO ml: <input type="checkbox"/> PERSPIRATIO ml: | | | |
| ORARIO USCITA DALLA SALA OPERATORIA: | | | | | |
| Ora: _____ | | | | | |
| PARAMETRI VITALI RILEVATI IN SALA RISVEGLIO: | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ALLEGATA SCHEDA ALLA CHECKLIST | | | | | |
| PROCEDURA CHIRURGICA E/O INVASIVA ESEGUITA: | | | | | |
| | | | | | |
| CO2 INSUFFLATA: lt _____ | | <input type="checkbox"/> PRELIEVO CORDONE OMBELICALE | | | |
| ORARIO NASCITA BAMBINO: | | | | | |
| Ora: _____ | | | | | |
| SEGNALAZIONE PROBLEMI CLINICI AVVENUTI DURANTE L'INTERVENTO: | | | | | |
| <input type="checkbox"/> NO | | <input type="checkbox"/> SI specificare: _____ | | | |
| SEGNALAZIONE PROBLEMI AVVENUTI DURANTE L'INTERVENTO LEGATI ALL'UTILIZZO DEI DISPOSITIVI MEDICI: | | | | | |
| <input type="checkbox"/> NO | | <input type="checkbox"/> SI specificare: _____ | | | |
| COMUNICAZIONI ALLA STRUTTURA DI DEGENZA: | | | | | |
| <input type="checkbox"/> NO | | <input type="checkbox"/> SI specificare: _____ | | | |
| CERTIFICAZIONE DEI CONTROLLI ED ATTIVITA' EROGATE DURANTE L'INTERVENTO CHIRURGICO PER QUANTO DI PROPRIA COMPETENZA: | | | | | |
| ÉQUIPE OPERATORIA | SIGLA | CAMBI ÉQUIPE OPERATORIA | SIGLA | | |
| Infermiere Anestesia (Coordinatore Checklist) | | dalle ore _____ | alle ore _____ | | |
| Infermiere Strumentista | | dalle ore _____ | alle ore _____ | | |
| Infermiere/OSS di sala | | dalle ore _____ | alle ore _____ | | |
| Medico Anestesista | | dalle ore _____ | alle ore _____ | | |
| Chirurgo primo operatore | | dalle ore _____ | alle ore _____ | | |
| Chirurgo secondo operatore | | dalle ore _____ | alle ore _____ | | |
| Chirurgo terzo operatore | | dalle ore _____ | alle ore _____ | | |
| ALTRE FIGURE PROFESSIONALI CHE HANNO FORNITO PRESTAZIONI ASSISTENZIALI ALLA P.A. NEL BLOCCO OPERATORIO: | | | | | |
| SE SI specificare nome cognome e qualifica: _____ | | | | | |