

**CHECKLIST PER LA SICUREZZA IN SALA OPERATORIA**

<p align="center"><b>SIGN IN</b></p> <p><i>I sette controlli da effettuare prima dell'induzione dell'anestesia</i></p>	<p align="center"><b>TIME OUT</b></p> <p><i>I sette controlli da effettuare prima dell'incisione della cute</i></p>	<p align="center"><b>SIGN OUT</b></p> <p><i>I sei controlli da effettuare prima che il paziente abbandoni la sala operatoria</i></p>
<p><b>Procedura chirurgica programmata/prevista:</b> ----- -----</p> <p><b>1) Il paziente ha confermato:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identità <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no _____</li> <li>- Sede di intervento <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no _____</li> <li>- Procedura <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no _____</li> <li>- Consensi (anestesiologico, chirurgico, emocomponenti) <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no _____</li> </ul> <p><b>2) Il sito di intervento è stato marcato in reparto</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si marca in SO</li> <li>- <input type="checkbox"/> non applicabile</li> </ul> <p><b>3) Controlli per la sicurezza dell'anestesia completati</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no stato d'emergenza (nota)</li> </ul> <p><b>4) Pulsossimetro (inizializzazione SO): verifica del corretto funzionamento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no</li> </ul> <p><b>Identificazione dei rischi del paziente:</b></p> <p><b>5) Allergie?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <input type="checkbox"/> si (note) <input type="checkbox"/> no</li> </ul> <p><b>6) E' disponibile e funzionante la Strumentazione per la gestione delle vie aeree o il rischio di aspirazione?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si</li> </ul> <p><b>7) Rischio di perdita ematica &gt; 500 ml (7 ml/kg nei bambini)?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si l'accesso venoso è adeguato e i fluidi sono disponibili</li> </ul>	<p><b>1) Tutti i componenti dell'equipe si sono presentati con il proprio nome e funzione</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no</li> </ul> <p><b>2) Il chirurgo, l'anestesista e l'infermiere hanno confermato; identità del paziente, sede d'intervento, il corretto posizionamento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no (note)</li> </ul> <hr/> <p><b>3-4) Anticipazione di eventuali criticità e preoccupazioni (Chirurgo, Anestesista Infermiere)</b></p> <p>Note _____</p> <p><b>5) è stata verificata la sterilità (compresi i risultati degli indicatori)?</b> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p><b>6) La profilassi antibiotica è stata eseguita negli ultimi 30-60'?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non applicabile</li> </ul> <p><b>7) Le immagini diagnostiche sono state visualizzate?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non applicabile</li> </ul>	<p><b>Il Coordinatore conferma verbalmente insieme ai componenti dell'equipe:</b></p> <p><b>1) Nome della procedura</b> (quale procedura è stata eseguita)? _____</p> <p><b>2) Conteggio finale delle garze, bisturi, aghi e altro strumentario chirurgico, è risultato corretto?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no (note) _____</li> </ul> <p><b>3) Il campione chirurgico, con relativo contenitore e richiesta, è stato etichettato</b> (compreso l'identificativo del paziente e descrizione del campione)?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non applicabile</li> </ul> <p><b>4) Eventualità di problemi relativamente all'uso di dispositivi medici</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si quali _____</li> </ul> <p><b>5) Necessità assistenziali post operatorie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si quali _____</li> </ul> <p><b>6) Piano per la profilassi del tromboembolismo post-operatorio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si quale _____</li> </ul>

<p><b>Dati del paziente</b></p> <p>Nome: _____ Cognome: _____</p> <p>Data di nascita: ___/___/___</p>	<p><b>Firma Anestesista:</b> _____</p> <p><b>Firma Chirurgo:</b> _____</p> <p><b>Firma Nurse Anestesia:</b> _____</p>
---	---

<b>Note/Osservazioni:</b>	<b>Azioni effettuate:</b>	<b>Firma:</b>