



Cognome.....Nome.....Data di nascita..... Intervento chirurgico .....  
Data.....

SIGN-IN: Controlli da effettuare prima dell'anestesia	TIME-OUT: Controlli da effettuare prima dell'incisione della cute	SIGN-OUT: Controlli da effettuare prima dell'uscita dalla sala operatoria
<p><b>IDENTITÀ</b> Il paziente ha confermato: <input type="checkbox"/> Identità      si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>L'identità è stata confermata da: <u>Braccialetto</u>      si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <u>Cartella</u>      si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p><b>SEDE D'INTERVENTO</b> Il paziente ha confermato la sede: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n.a <input type="checkbox"/></p> <p><b>PROCEDURA CHIRURGICA</b> Il paziente ha confermato la procedura: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n.a <input type="checkbox"/></p> <p><b>CONSENSI INFORMATI</b> <u>firma consenso chirurgico</u>      si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <u>firma consenso anestesilogico</u>      si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <u>firma consenso emocomponenti</u>      si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p><b>IL SITO DELL'INTERVENTO È STATO MARCATO:</b> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non applicabile <input type="checkbox"/></p> <p><b>CONTROLLI APPARECCHIATURE ANESTESIA COMPLETATI (compreso plussiossimetro):</b> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p><b>CONTROLLI CORRETTO FUNZIONAMENTO APPARECCHIATURE SALA OPERATORIA:</b> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p><b>Il paziente presenta:</b> <u>ALLERGIE:</u> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p><u>DIFFICOLTÀ DI GESTIONE DELLE VIE AEREE E RISCHIO DI ASPIRAZIONE</u> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p><u>RISCHIO DI PERDITE EMATICHE &gt;500 ml (7ml/Kg nei bambini):</u> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>Emocomponenti richiesti si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non applicabile <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Il Chirurgo, l'Anestesista e l'Infermiere hanno confermato: l'identità del paziente, la sede dell'intervento chirurgico, la procedura da eseguire ed il corretto posizionamento:</b> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p><b>Rilevazione eventuali criticità:</b> <u>Il Chirurgo</u> ha informato l'èquipe sulla durata prevista per l'intervento, sui rischi di perdite ematiche, altre criticità: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p><u>L'Anestesista</u> ha informato l'èquipe sulle specificità del paziente, rischio ASA ed altre criticità: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p><u>L'Infermiere</u> ha comunicato all'èquipe la verifica di sterilità (compresi i risultati degli indicatori), eventuali problemi con i dispositivi medici, altre criticità: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p><u>La profilassi antibiotica</u> è stata eseguita negli ultimi 60 minuti: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non applicabile <input type="checkbox"/></p> <p><u>Le immagini diagnostiche</u> sono state visualizzate: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non applicabile <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Il tipo di procedura chirurgica è stata registrata? (quale procedura è stata eseguita?):</b> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p><b>Il conteggio finale di garze, aghi ed altro strumentario chirurgico, è risultato corretto:</b> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p><b>Il campione chirurgico con relativo contenitore e richiesta è stato etichettato secondo la procedura Aziendale:</b> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non applicabile <input type="checkbox"/></p> <p><b>Sono stati rilevati eventuali problemi relativi all'uso di Dispositivi Medici:</b> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p><b>Il Chirurgo, l'Anestesista e l'Infermiere hanno revisionato gli aspetti critici per la gestione dell'assistenza post-operatoria:</b> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p><b>È stato stilato un piano per la profilassi del tromboembolismo post-operatorio, secondo procedura Aziendale:</b> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non applicabile <input type="checkbox"/></p>
<p>Firma Chirurgo: _____ Firma Anestesista: _____ Firma Infermiere: _____</p>		