

ATTIVITA' INFERMIERISTICHE
DI SALA OPERATORIA

Data compilazione _____

ANAGRAFICA PAZIENTE

Nome		Cognome	
Luogo e data di nascita			
Data intervento	Tipo Intervento:	Elezione <input type="checkbox"/>	DS <input type="checkbox"/> Urgenza <input type="checkbox"/>
Profilassi Antibiotica	in Reparto <input type="checkbox"/>	in Sala Operatoria <input type="checkbox"/>	
Antibiotico:		Reazioni:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Note:			

Unità Operativa di degenza: CHIR OST OCUL ORL NCH CHIR PLAS
ORT UROL ALTRO _____

Sala Operatoria n. _____

ARRIVO NEL BLOCCO OPERATORIO ORE: _____

NOTE

DATI CLINICI ALL'ACCETTAZIONE

Sensorio	Orientato <input type="checkbox"/>	Disorientato <input type="checkbox"/>	Coma/IOT <input type="checkbox"/>	Altro <input type="checkbox"/>
Emodinamica	PA mmHg	FC bpm	Ritmico SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Respiratorio	SpO2 %	Eupnoico <input type="checkbox"/>	Dispnoico <input type="checkbox"/>	Non valutabile <input type="checkbox"/>
Device presenti	Agocannula <input type="checkbox"/>	Cat.Foley <input type="checkbox"/> CH	CVC <input type="checkbox"/>	TET <input type="checkbox"/>
Condizione igienica	Buona <input type="checkbox"/>	Scarsa <input type="checkbox"/>	Osservazioni:	
Protesi/monili rimossi	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>			
Tricotomia effettuata	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>			

DATI ANAMNESTICI ALL'ACCETTAZIONE

Altri interventi	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	note:
Allergie riferite	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	a:
Pace Maker	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	
Patologie Infettive	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	
Altro	<input type="checkbox"/> specificare:	
Note e criticità:		

TEMPI DI SALA

Ingresso in Sala		Uscita dalla Sala	
Inizio Anestesia		Fine Anestesia	
Inizio Intervento		Fine Intervento	
Note e criticità:			

EQUIPE INFERMIERISTICA cambio NO SI ore:

Inf. Strumentista	Inf. Anestesia	Inf./Oss Circolante
Inf. Strumentista	Inf. Anestesia	Inf./Oss Circolante

PREPARAZIONE INFERMIERISTICA PRE-INTERVENTO

Accesso Venoso	Braccio dx <input type="checkbox"/> G	Braccio sn <input type="checkbox"/> G	CVC <input type="checkbox"/>	PIC <input type="checkbox"/>
Accesso Arterioso	Radiale <input type="checkbox"/>	Femorale <input type="checkbox"/>	EGA <input type="checkbox"/>	
Device	SNG <input type="checkbox"/>	Cat.Foley <input type="checkbox"/> CH	Altro <input type="checkbox"/>	
Decubito	Supino <input type="checkbox"/>	Laterale <input type="checkbox"/>	Ginecologica <input type="checkbox"/>	Altro <input type="checkbox"/>
Pneumo ischemico	Prescritto dal dr:		inizio	fine

Note e criticità:

TEST DI VERIFICA PRE-INTERVENTO

APPARECCHIATURE ELETTRMEDICALI/ANESTESIA SI NO

PIASTRA ELETTROBISTURI NO SI

Note

TEMPO CHIRURGICO

Sigilli Container	INTEGRI	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			
Sterilizzazione	Vapore <input type="checkbox"/>	Gas Plasma <input type="checkbox"/>	Altro <input type="checkbox"/>			
Indicatori di processo	ESTERNI	Virati e Validi <input type="checkbox"/>	Non Conformi <input type="checkbox"/>			
FISICI & CHIMICI	INTERNI	Virati e Validi <input type="checkbox"/>	Non Conformi <input type="checkbox"/>			
N.B APPLICARE LE ETICHETTE DELLA TRACCIABILITA' SUL RETRO DI QUESTA PAGINA						
Note e criticità:						
Conta Garze (indicare numero)	inizio	carico	carico	fine	conforme	
	40x40				SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	20x20				SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	Tamponi				SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Altro					SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Conta Ferri	Conforme <input type="checkbox"/>			Non Conforme <input type="checkbox"/>		
Conta Aghi	Conforme <input type="checkbox"/>			Non Conforme <input type="checkbox"/>		
AVVISATO CHIRURGO ESITO DEL CONTEGGIO				SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Drenaggi	Non previsto <input type="checkbox"/>	In aspirazione <input type="checkbox"/>	A caduta <input type="checkbox"/>	Penrose <input type="checkbox"/>		
Pezzi Anatomici	Non previsto <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Nr _____			
	Pezzi anatomici <input type="checkbox"/>	Pezzi estempor. <input type="checkbox"/>	Es. citologico <input type="checkbox"/>	Esame colturale <input type="checkbox"/>		
Note e criticità:						
Anestesia	Generale iot <input type="checkbox"/>	Generale in maschera <input type="checkbox"/>	Combinata (CSE) <input type="checkbox"/>			
	Spinale <input type="checkbox"/>	Blocco Periferico <input type="checkbox"/>	Locale <input type="checkbox"/>	Sedazione <input type="checkbox"/>		
Emotrasfusione & Emoderivati	NON necessaria <input type="checkbox"/>	Effettuata <input type="checkbox"/>	NR _____	ID sacca _____		
	Inizio ore:	Sospesa ore:	Reazioni	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	
Note e criticità:						

POST OPERATORIO

Risveglio	Pronto <input type="checkbox"/>	Ritardato <input type="checkbox"/>	
Riflessi Vie Aeree	Validi <input type="checkbox"/>	Ridotti <input type="checkbox"/>	Assenti <input type="checkbox"/>
Recupero Muscolare	Pronto <input type="checkbox"/>	Ritardato <input type="checkbox"/>	Assenti <input type="checkbox"/>
Vomito	Assente <input type="checkbox"/>	Presente <input type="checkbox"/>	
Brivido	Assente <input type="checkbox"/>	Presente <input type="checkbox"/>	
SpO2 in aria ambiente	> 95 % <input type="checkbox"/>	90 - 95 % <input type="checkbox"/>	< 90 % <input type="checkbox"/>
Medicazione	Semplice <input type="checkbox"/>	Compressiva <input type="checkbox"/>	
Immobilizzazione	Con fasciatura semplice <input type="checkbox"/>	Stecca <input type="checkbox"/>	Gesso chiuso <input type="checkbox"/>
Recupero sangue post-oper.	Presente <input type="checkbox"/>	Assente <input type="checkbox"/>	
Analgesia Post Operatoria	VEDI CARTELLA CLINICA		
Note e criticità:			

Consegnato contenitore Pezzo Anatomico

 SI

 NO

Firma Strumentista

Firma Inf. Anestesia

Firma Inf.Circolante/Oss

Firma Strumentista

Firma Inf. Anestesia

Firma Inf.Circolante/Oss

