

SAFETY LIST INTERVENTISTICA EMODINAMICA

UNITA' OPERATIVA INVIANTE _____

COGNOME: _____ NOME: _____ DATA DI NASCITA: _____

DATA INTERVENTO: _____ TIPO DI INTERVENTO: URGENZA ELEZIONE

ALLERGIE SEGNALATE: _____

TRASFERIMENTO	Presenza consenso informato	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Presenza esami ematochimici	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Presenza FUT	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Profilassi antibiotica	in Reparto <input type="checkbox"/> In Emodinamica <input type="checkbox"/> Nessuna <input type="checkbox"/>	
	Rimozione monili/protesi dentarie/altro	<input type="checkbox"/>	
	Tricotomia	<input type="checkbox"/> Note _____	

Firma dell'Infermiere di U.O. _____

SIGN IN	Arrivo in Sala	Ore: _____		
	Sensorio	Orientato <input type="checkbox"/>	Confuso <input checked="" type="checkbox"/>	Non risponde <input type="checkbox"/>
	Emodinamica	PA _____	FC _____	Ritmico: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Respiratorio	SpO2 _____	Eupnoico <input type="checkbox"/>	Dispnoico <input type="checkbox"/>
	Device presenti	CVP <input type="checkbox"/>	CVC <input type="checkbox"/>	PICC <input type="checkbox"/>
		Catetere Foley <input type="checkbox"/>	Pacemaker temporaneo <input type="checkbox"/>	

TIME OUT	Anestesia	Generale <input type="checkbox"/>	Locale/Sedazione <input type="checkbox"/>
	Monitoraggio	ECG <input checked="" type="checkbox"/>	SpO2 <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>
	Posizionamento piastre per elettrobisturi	<input type="checkbox"/>	
	Posizionamento piastre	<input type="checkbox"/>	

SIGN OUT	Sensorio	Orientato <input checked="" type="checkbox"/>	Confuso <input checked="" type="checkbox"/>	Non risponde <input checked="" type="checkbox"/>
	Emodinamica	PA _____	FC _____	Ritmico: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Respiratorio	SpO2 _____	Eupnoico <input type="checkbox"/>	Dispnoico <input type="checkbox"/>
	Uscita dalla Sala	Ore: _____		

Firma dell'Infermiere di Sala Emodinamica _____

MEDICO EMODINAMISTA	Procedura	<input type="checkbox"/> Esame diagnostico <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> POBA su _____
	<input type="checkbox"/> Stent medicato su _____	<input type="checkbox"/> Stent metallo su _____	<input type="checkbox"/> Altra procedura _____
	Terapia effettuata in sala emodinamica:	Vedi FUT <input type="checkbox"/>	

Firma del Medico Emodinamista _____

SAFETY LIST INTERVENTISTICA/EMODINAMICA GOOD - RETURN

AL RIENTRO IN UNITA' OPERATIVA

MEDICO EMODINAMISTA	<input type="checkbox"/> ECG a 12 derivazioni all'arrivo in U.O. e le mattine successive	
	<input type="checkbox"/> Emocromo, PTT, Creatinina, Elettroliti e Biomarkes Cardiaci	alle ore _____ e alle ore _____ del _____
	<input type="checkbox"/> Introduttore in sede.	Via
	femorale _____ rimuovere non prima di 4 ore dalla sospensione dell'eparina	
	<input type="checkbox"/> Paziente trattato per via femorale: Dx <input type="checkbox"/> Sx <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Paziente trattato con Safeguard:	Rimozione della fasciatura ore _____ scuffiaggio ore _____ e mobilizzazione del paziente dopo almeno 12 ore
	<input type="checkbox"/> Paziente trattato con Angioseal:	Controllare il bendaggio inguinale. In assenza perdite ematiche si può mobilizzare il paziente dopo 6 ore
<input type="checkbox"/> Paziente trattato per via radiale e TR BAND	Allentare il bendaggio (tampone compressivo) ore _____ Rimuovere (tampone compressivo) ore _____	
Firma del Medico Emodinamista		

INFERMIERE UNITA' OPERATIVA	Il paziente rientra nell'Unità Operativa alle ore	ESEGUITO	NON PREVISTO
	Identità del paziente e corrispondenza cartella clinica	<input type="checkbox"/>	
	Controllo parametri vitali e stato di coscienza	<input type="checkbox"/>	
	Controllo medicazione del sito chirurgico	<input type="checkbox"/>	
	Controllo delle prescrizioni terapeutiche (FUT, O2, liquidi infusionali, analgesia)	<input type="checkbox"/>	
	Controllo prescrizione degli esami strumentali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Controllo del catetere venoso periferico/centrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Firma dell'Infermiere di U.O.			