

SAFETY LIST INTERVENTISTICA CARDIOLOGICA

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 Sala Operatoria <input type="checkbox"/>	Nessuna <input type="checkbox"/>
	Rimozione monili/protesi dentarie/altro	Eseguita <input type="checkbox"/>	Non prevista <input type="checkbox"/>	
	Tricotomia (note _____)	Eseguita <input type="checkbox"/>	Non prevista <input type="checkbox"/>	

Firma dell'Infermiere _____

SIGN IN	Arrivo in Sala	Ore: _____
	Sensorio	Allert <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Pain <input type="checkbox"/> Unresponsive <input type="checkbox"/>
	Emodinamica	PA _____ FC _____ Ritmico: Si <input 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 type="checkbox"/> SpO2 <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>
	Posizionamento piastre per elettrocardiogrammi	<input type="checkbox"/>
	Posizionamento piastre	<input type="checkbox"/>

SIGN OUT	Sensorio	Allert <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Pain <input type="checkbox"/> Unresponsive <input type="checkbox"/>
	Emodinamica	PA _____ FC _____ Ritmico: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Respiratorio	SpO2 _____ Eupnoico <input type="checkbox"/> Dispnoico <input type="checkbox"/>
	Registrazione intervento	<input type="checkbox"/>
	Esposizione rx	Minuti: _____
	Uscita dalla Sala	Ore: _____

Firma dell'Infermiere di Sala _____

COPIA TRATTA DAL SITO WEB ASLBAT.IT