

**SAFETY LIST PERIOPERATORIA SIGN - OUT**  
**PRIMA CHE IL PAZIENTE LASCI LA SALA OPERATORIA**

VERIFICA		ESEGUITA	NON PREVISTA
----------	--	----------	--------------

INFERMIERE CHE STRUMENTA	<input type="checkbox"/> Avvenuto conteggio degli strumenti <input type="checkbox"/> Avvenuto conteggio delle garze <input type="checkbox"/> Avvenuto conteggio degli spondi		
<i>Firma dell'Infermiere che Strumenta</i>			

CHIRURGO	<input type="checkbox"/> Trascrizione intervento chirurgico sul registro operatorio <input type="checkbox"/> Richiesta esame istologico con identificativo paziente e descrizione campione <input type="checkbox"/> Piano profilassi tromboembolismo post-operatorio <input type="checkbox"/> Aggiornamento terapia sul FUT		
<i>Firma del Chirurgo</i>			

ANESTESISTA	<input type="checkbox"/> Verifica stato di coscienza e delle condizioni cardio - respiratorie <input type="checkbox"/> Compilazione della cartella anestesiologicala <input type="checkbox"/> Aggiornamento terapia sul FUT		
<i>Firma dell'Anestesista</i>			

INFERMIERE DI SALA OPERATORIA	<input type="checkbox"/> Verifica che il paziente sia cosciente e vigile <input type="checkbox"/> Valutazione parametri vitali: PA - FC - SO2 <input type="checkbox"/> Verifica corretto posizionamento dispositivi prevenzione cadute (spondine, etc.) <input type="checkbox"/> Conferma conteggio garze effettuato unitamente all'infermiere che strumenta <input type="checkbox"/> Presenza corretto funzionamento dei drenaggi <input type="checkbox"/> Catetere vescicale <input type="checkbox"/> Sondino Naso Gastrico <input type="checkbox"/> Presenza elastomero o altra terapia antalgica <input type="checkbox"/> Consegna della richiesta e del campione istologico all'infermiere dell'U.O. <input type="checkbox"/> Consegna della documentazione clinica, compreso il FUT <b>Il paziente lascia la Sala Operatoria alle ore .....</b>		
<i>Firma dell'Infermiere di Sala Operatoria</i>			

**SAFETY LIST PERIOPERATORIA GOOD - RETURN**  
**AL RIENTRO IN UNITA' OPERATIVA**

INFERMIERE UNITA' OPERATIVA	<b>Il paziente rientra nell'Unità Operativa alle ore .....</b> <input type="checkbox"/> 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"/> Controllo del catetere venoso periferico/centrale <input type="checkbox"/> Controllo/annotazione drenaggi, sondino n.g., catetere vescicale		
<i>Firma dell'Infermiere della U.O.</i>			

**Asbat**  
 BARLETTA-ANDRIA-TRANI

**AZIENDA SANITARIA LOCALE BT**  
 Presidio Ospedaliero .....  
 U.O. DI .....

**SAFETY LIST PERIOPERATORIA - TRASFERIMENTO**  
**PRIMA DELL'INGRESSO IN SALA OPERATORIA**

Paziente:	Data di nascita
Intervento/procedura	DATA
Open <input type="checkbox"/> Endoscopico <input type="checkbox"/> Laparoscopico <input type="checkbox"/> Altro .....	Urgenza SI NO

VERIFICA		ESEGUITA	NON PREVISTA
----------	--	----------	--------------

MEDICO UNITA' OPERATIVA	<input type="checkbox"/> Identità del paziente <input type="checkbox"/> Completezza della cartella clinica <input type="checkbox"/> Acquisizione del consenso informato chirurgico <input type="checkbox"/> Acquisizione del consenso informato anestesiologicalo firmato <input type="checkbox"/> Marcatura del sito (lato/livello) con pennarello dermografico, confermato dal paziente <input type="checkbox"/> Allergie segnalate in cartella <input type="checkbox"/> Prescrizioni anestesiologicalhe <input type="checkbox"/> Prescrizione antibiotico-profilassi preoperatoria <input type="checkbox"/> Prescrizione profilassi antitrombotica venosa <input type="checkbox"/> Verifica presenza di defibrillatore impiantato (se da disattivare) <input type="checkbox"/> Disponibilità di sangue se perdita di sangue stimata > 500 ml (7 ml/Kg bambini)		
<i>Firma del Medico della U.O.</i>			

INFERMIERE UNITA' OPERATIVA	<input type="checkbox"/> Identità del paziente <input type="checkbox"/> Presenza della cartella e documentazione clinica (FUT, immagini Rx, foto, etc) <input type="checkbox"/> Verifica corretto posizionamento del paziente sul letto/barella <input type="checkbox"/> Presenza nulla osta anestesiologicalo <input type="checkbox"/> Verifica igiene personale del paziente <input type="checkbox"/> Eventuale rimozione monili (piercing, anelli, bracciali, orecchini), smalto e trucco <input type="checkbox"/> Eventuale rimozione protesi dentarie mobili <input type="checkbox"/> Eventuale rimozione protesi acustiche <input type="checkbox"/> Eventuale rimozione lenti a contatto <input type="checkbox"/> Rispetto del digiuno <input type="checkbox"/> Rimozione vestiario - pannolini <input type="checkbox"/> Presenza della determinazione del gruppo sanguigno <input type="checkbox"/> Presenza richiesta e disponibilità di sangue <input type="checkbox"/> Somministrazione profilassi antibiotica <input type="checkbox"/> Somministrazione profilassi antitrombotica venosa (mezzi fisici / eparina) <input type="checkbox"/> Tricotomia <input type="checkbox"/> Necessità farmaci (antibiotici, altro) da portare in SO <input type="checkbox"/> Preparazione intestinale <input type="checkbox"/> Presenza catetere vescicale <b>Il paziente viene trasferito in S.O. alle ore .....</b>		
<i>Firma dell'Infermiere della U.O.</i>			

**Ingresso in Sala Operatoria alle ore .....**  
*Firma dell'Infermiere di Sala Operatoria*

## SAFETY LIST PERIOPERATORIA SIGN - IN

### PRIMA DELL'INDUZIONE DELL'ANESTESIA

	ESEGUITA	NON PREVISTA
--	----------	-----------------

#### VERIFICA

SALA OPERATORIA N° .....

	ESEGUITA	NON PREVISTA
--	----------	-----------------

**INFERMIERE DI SALA OPERATORIA**

Il paziente ha confermato:

- Identità
- Sito chirurgico
- Procedura
- Corrispondenza dati anagrafici cartella/lista operatoria
- Avvenuta rimozione protesi
- Eventuale segnalazione di allergia a farmaci
- Controllo integrità kit monouso e sterilità strumentario chirurgico
- Controllo funzionamento apparecchiature elettromedicali
- Corretto posizionamento dispositivi prevenzione cadute (spondine, etc.)
- Presenza della marcatura del sito chirurgico (lato/livello)
- Avvenuta somministrazione antibiotico-profilassi
- Presenza del SNG
- Presenza catetere vescicale

*Firma dell'Infermiere di Sala Operatoria*

	ESEGUITA	NON PREVISTA
--	----------	-----------------

**ANESTESISTA**

- Identità del paziente
- Conferma della procedura da eseguire
- Corretta posizione del paziente sul letto operatorio
- Presenza del consenso informato anestesiologicalo
- Controllo sicurezza anestesia (apparecchi, dispositivi e farmaci)
- Valutazione gestione vie aeree e rischio aspirazione
- Verifica presenza pace-maker: se sì, comunicazione all'equipe
- Verifica disattivazione defibrillatore impiantato se presente

*Firma dell'Anestesista*

	ESEGUITA	NON PREVISTA
--	----------	-----------------

**CHIRURGO**

- Identità del paziente
- Conferma della procedura da eseguire
- Verifica presenza del consenso informato chirurgico
- Verifica presenza di eventuali dispositivi medici necessari
- Corretta marcatura del sito chirurgico lato/livello

*Firma del Chirurgo*

## SAFETY LIST PERIOPERATORIA TIME - OUT

### PRIMA DELL'INCISIONE CHIRURGICA

	ESEGUITA	NON PREVISTA
--	----------	-----------------

#### VERIFICA

	ESEGUITA	NON PREVISTA
--	----------	-----------------

**ANESTESISTA**

VERIFICA CHE TUTTI I MEMBRI DEL TEAM SIANO PRESENTI E IL RUOLO RISPETTIVO DI CIASCUNO.

**RIPETE VERBALMENTE AI COMPONENTI DELL'EQUIPE OPERATORIA (TUTTI PRESENTI):**

1. L'identità del paziente
2. Il tipo di intervento da eseguirsi
3. Il sito dell'intervento lato/livello
4. Il posizionamento del paziente
5. La valutazione dei parametri vitali: PA - FC - SO<sub>2</sub>
6. Eventuali criticità legate all'intervento/procedure o alle condizioni cliniche del paziente

*Firma dell'Anestesista*

	ESEGUITA	NON PREVISTA
--	----------	-----------------

**CHIRURGO**

**REVISIONE DEL CHIRURGO**

- Verifica la corretta marcatura del lato/sito
- Rivaluta le fasi critiche prevedibili
- Comunica la durata presunta dell'intervento
- Stima le possibili perdite ematiche
- Verifica corretto posizionamento del paziente

*Firma del Chirurgo*

	ESEGUITA	NON PREVISTA
--	----------	-----------------

**INFERMIERE CHE STRUMENTA**

**REVISIONE DEL TEAM INFERMIERISTICO**

- Conferma la sterilità/integrità dei dispositivi sterili utilizzati
- Comunica eventuali criticità relative alle strumentazioni
- Effettua la conta iniziale delle garze, strumenti, aghi e/o ogni altro materiale
- Comunicazione di eventuali altre preoccupazioni e/o problematiche

*Firma dell'Infermiere che Strumenta*