

**SAFETY LIST PERIOPERATORIA GINECOLOGICA  
INTERVENTI IN DAY SURGERY**

**PRIMA DELL'INTERVENTO**

<b>Paziente:</b>	Data di nascita
Intervento/procedura	<b>DATA</b>
Aborto Spontaneo <input type="checkbox"/> R.D. <input type="checkbox"/> I.V.G. <input type="checkbox"/> Altro .....	Urgenza SI NO

<b>VERIFICA</b>	<b>ESEGUITA</b>	<b>NON PREVISTA</b>
-----------------	-----------------	---------------------

<b>MEDICO U. O.</b>	Identità del paziente	<input type="checkbox"/>	
	Completezza della cartella clinica	<input type="checkbox"/>	
	Acquisizione del consenso informato chirurgico	<input type="checkbox"/>	
	Verifica presenza di eventuali dispositivi medici necessari	<input type="checkbox"/>	
	Acquisizione del consenso informato anestesiologicalo firmato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Allergie segnalate in cartella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Firma del Medico della U.O.</i>			

<b>INFERMIERE UNITA' OPERATIVA</b>	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"/>	
	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"/>	<input type="checkbox"/>
	Presenza della determinazione del gruppo sanguigno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Firma dell'Infermiere della U.O.</i>			

<b>ANESTESISTA</b>	Identità del paziente	<input type="checkbox"/>	
	Conferma della procedura da eseguire	<input type="checkbox"/>	
	Corretta posizione del paziente sul letto operatorio	<input type="checkbox"/>	
	Presenza del consenso informato anestesiologicalo	<input type="checkbox"/>	
	Controllo sicurezza anestesia (apparecchi, dispositivi e farmaci)	<input type="checkbox"/>	
	Valutazione gestione vie aeree e rischio aspirazione	<input type="checkbox"/>	
<i>Firma dell'Anestesista</i>			

# SAFETY LIST PERIOPERATORIA GINECOLOGICA

## VERIFICA

ESEGUITA

NON  
PREVISTA

INFERMIERE DI SALA  
OPERATORIA

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Il paziente ha confermato l'identità                                    | <input type="checkbox"/> |
| Il paziente ha confermato la procedura                                  | <input type="checkbox"/> |
| Corrispondenza dati anagrafici cartella/lista operatoria                | <input type="checkbox"/> |
| Avvenuta rimozione protesi  | <input type="checkbox"/> |
| Eventuale segnalazione di allergia a farmaci                            | <input type="checkbox"/> |
| Controllo integrità kit monouso e sterilità strumentario chirurgico     | <input type="checkbox"/> |
| Controllo funzionamento apparecchiature elettromedicali                 | <input type="checkbox"/> |
| Corretto posizionamento dispositivi prevenzione cadute (spondine, etc.) | <input type="checkbox"/> |

*Firma dell'Infermiere di Sala Operatoria*

## DOPO L'INTERVENTO

CHIRURGO

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Trascrizione intervento chirurgico sul registro operatorio                    | <input type="checkbox"/> |
| Richiesta esame istologico con identificativo paziente e descrizione campione | <input type="checkbox"/> |
| Aggiornamento terapia sul FUT   | <input type="checkbox"/> |

*Firma del Chirurgo*

COPIA TRATTA DAL SITO WEB ASLBAT.IT