

1

LETTO N° _____

DATA: _____

Identificazione paziente

Cognome _____
Nome _____
Data di nascita _____
Sesso ☐ M ☐ F



etichetta sizar

Infermiere

Diagnosi

Tipo di intervento _____

☐ Consensi informati

☐ Documentazione sanitaria prevista dal protocollo

Allergie ☐

Medico

Preparazione paziente

Verifica

Identità paziente ☐
Parametri vitali ☐
Protesi dentarie, orecchi, piercing ☐
Accesso venoso ☐
Accesso venoso bilaterale ☐
Tricotomia ☐
Diggiuno ☐
Terapia anticoagulante orale ☐

Infermiere

2

A) SIGN IN

Il Paziente ha confermato

Identità ☐ Consenso informato ☐ Procedura ☐

Digiuno ☐

2 Allergie ☐

Coordinatore
Check List

B) TIME OUT

☐ Tutti i componenti dell'equipe hanno confermato il proprio nome o funzione

☐ Il medico e gli infermieri hanno confermato

Identità paziente ☐
Sede di intervento ☐
Tipo di intervento ☐
Corretto posizionamento ☐

Anticipazioni di eventuali criticità o preoccupazioni

☐ Medico

Eventuali criticità ☐
Rischio di perdite ematiche ☐
Presenza del sistema di stimolazione in sala ☐

☐ Infermiere di Sala

Presenza del materiale accessorio necessario ☐
Verifica della sterilità dei dispositivi medici ☐
Funzionamento strumenti di sala ☐
Presenza di eventuali problemi relativi ai dispositivi medici ☐
Posizionato catetere vescicale ☐
Posizionata piastra ☐

La profilassi antibiotica è stata eseguita entro 120 minuti prima, tenendo conto dell'emivita dell'antibiotico ☐

☐ Tecnico radiologo

Funzionamento apparecchio radiogeno ☐

Le immagini diagnostiche sono state visualizzate ☐

☐ Impostato monitoraggio

Coordinatore
Check List

TEAM



C) SIGN OUT

☐ Nome della procedura eseguita

☐ Il conteggio finale garze, bisturi, aghi e altro strumentario chirurgico è risultato corretto

☐ Il team di sala revisiona gli aspetti importanti e gli elementi critici per la gestione dell'assistenza post-operatoria

☐ Eventuali problemi relativi ai dispositivi medici sono stati segnalati

Presenza lesione sede piastra ☐

Coordinatore
Check List

VERIFICA PARAMETRI VITALI ALL'USCITA DEL BLOCCO OPERATORIO

☐ PA ☐ FC ☐ SpO2 ☐ ECG

Infermiere

3 POST OPERATORIO

Il Paziente si presenta

☐ Vigile ☐ Sedato

Verifica:

☐ Parametri vitali ☐
Dolore ☐
Medicazione ☐
Accessi venosi ☐
Catetere vescicale ☐
Terapia infusione ☐
Verifica presenza lesione sede piastra ☐
Valutazione dolore VAS ☐

Infermiere