

1

LETTO N° _____ DATA: _____

IDENTIFICAZIONE PAZIENTE

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____

Sesso ☐ M ☐ F

Protesi ☐

PaceMaker ☐

Etichetta Star

Infermiere

Diagnosi

Lato ☐ Destro ☐ Sinistro

Tipo di intervento

Consenso informato ☐

Documentazione sanitaria ☐

Allergie ☐

Rispetto al momento della visita sono intervenuti fattori nuovi ☐

Terapia con Anticoagulanti/Antiaggreganti ☐

Terapia con tamsulosina o altri alfabloccanti ☐

NO ☐ Eseguita sospensione ☐ SI, ultimo INR risulta disponibile

NO ☐ SI, notificato dal chirurgo

Oculista

PREPARAZIONE PAZIENTE

Verifica

Identità paziente ☐

Documentazione sanitaria ☐

Idoneo stato di coscienza collaborazione ☐

Digiuno ☐

Controllo protesi ☐

Controllo monili ☐

Igiene personale, indumenti di sala operatoria ☐

Accesso venoso periferico ☐

Marcatura sito chirurgico ☐

Parametri vitali ☐

Midriasi ampia ☐

Terapia domiciliare assunta ☐

Preparazione locale eseguita ☐

Terapia sistemica prescritta assunta ☐

Infermiere

2

A) SIGN IN

1 Il Paziente ha Confermato

Identità ☐

Sede intervento ☐

Procedura chirurgica ☐

Consenso informato

Anestesia ☐

Procedura ☐

2 Il sito dell'intervento è stato marcato ☐

3 Completati i controlli per la sicurezza in anestesia ☐

4 Allergie ☐

5 Difficoltà di gestione delle vie aeree o rischio di aspirazione (anestesia generale)

SI ☐ con disponibilità di apparecchiature/assistenza

NO ☐

Digiuno ☐

Coordinatore
check list

B) TIME OUT

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

Il chirurgo, anestesista e infermiere hanno confermato:

Identità paziente ☐

Sede di intervento ☐

Tipo di intervento ☐

Corretto posizionamento ☐

E' stato verificato il risultato refrattivo ed il modello di protesi/lente che sarà usato ? ☐

E' presente la protesi/lente corretta da impiantare ? ☐

E' disponibile una protesi/lente alternativa? ☐

Verifica il potere di lente che sarà usato

Verifica il tessuto del donatore

Verifica se instillato iodopovidone nel fornice.

Verifica disponibilità antibiotico per la profilassi intracamere a fine intervento

Anticipazione possibili criticità

Chirurgo: Requisiti speciali di strumentazione o indagini speciali variazioni alla procedura standard pianificate o probabili ☐

Anestesista: Presenza aspetti critici SCALA ASA eventuali requisiti speciali, di monitoraggio ☐

Strumentista: verifica sterilità Dispositivi Medici, eventuali problemi relativi ai Dispositivi Medici posizionamento piastra ☐

Coordinatore
check list

3

POST OPERATORIO

Il Paziente si Presenta

Vigile ☐

Sedato ☐

Verifica:

Parametri Vitali ☐

Valutazione dolore VAS ☐

Vomito ☐

Infusione continua terapia analgica ☐

Ossigenoterapia ☐

Medicazione ☐

Accessi venosi ☐

Terapia infusione ☐

Decubito obbligato post-operatorio ☐

Presenza lesione sede piastra ☐

Infermiere

C) SIGN OUT

Conferma nome della procedura effettuata e sua registrazione ☐

Verifica corretto conteggio strumenti, garze e taglienti ☐

Segnalazione di eventuali problemi relativi ai dispositivi medici ☐

E' stato confermato l'eventuale decubito obbligato post operatorio ☐

I pezzi isologici sono correttamente etichettati ☐

Verifica presenza lesione sede piastra ☐

Coordinatore
check list

VERIFICA PARAMETRI VITALI ALL'USCITA DAL BLOCCO OPERATORIO

PA ☐

FC ☐

SpO₂ ☐

TC ☐

Infermiere di
Anestesia