


SCHEMA INTEGRATA DI SICUREZZA DEL PAZIENTE CHIRURGICO OCULISTICO

Fasi:

-  1 - Preparazione Intervento
-  2 - Check List
-  A - Sign In
-  B - Time Out
-  C - Sign Out
-  3 - Post Operatorio

NP: non previsto

Sign IN: prima dell'esecuzione dell'anestesia

Time OUT: prima dell'intervento "pausa chirurgica"

Sign OUT: prima della fine dell'intervento

VAS: scala analogica visiva dolore

1

LETTO N° _____

DATA: _____

IDENTIFICAZIONE PAZIENTE

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____

Sesso M FProtesi PaceMaker

Etichetta Sisar

Infermiere

DiagnosiLato Destro Sinistro**Tipo di intervento****Consenso informato** Procedura Anestesia Documentazione sanitaria**Allergie** **Rispetto al momento della visita sono intervenuti fattori nuovi** **Terapia con Anticoagulanti/Antiaggreganti** NO Eseguita sospensione Sì, ultimo INR risulta disponibile**Terapia con tamsulosina o altri alfabloccanti** NO Sì, notificato dal chirurgo

Oculista

PREPARAZIONE PAZIENTE**Verifica**

- Identità paziente
- Documentazione sanitaria
- Idoneo stato di coscienza collaborazione
- Diggiuno
- 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)** Sì, con disponibilità di apparecchiature/assistenza NO DiggiunoCoordinatore
ceck 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 intracamerulare 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 piastraCoordinatore
ceck list**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 mediciE' stato confermato l'eventuale decubito obbligato post operatorio I pezzi istologici sono correttamente etichettati Verifica presenza lesione sede piastra Coordinatore
ceck list**VERIFICA PARAMETRI VITALI ALL'USCITA DAL BLOCCO OPERATORIO** PA FC SPO₂ TCInfermiere di
Anestesia

3

POST OPERATORIOIl Paziente si Presenta Vigile Sedato**Verifica:** Parametri Vitali Valutazione dolore VAS Vomito Infusione continua terapia antalgica Ossigenoterapia Medicazione Accessi venosi Terapia infusioneale Decubito obbligato post-operatorio Presenza lesione sede piastra

Infermiere