



Checklist Paziente RADIOLOGIA INTERVENTISTICA

Anagrafica Paziente

Nome e Cognome			
Data di Nascita	C.Clinica		
Reparto e Letto			
Data Intervento			
Allergie <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO _____	Diabetico		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Tipo di Procedura			

Pre-Operatorio

Digiuno <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Consenso Informato <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Tricotomia	Inguinale bilaterale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Tricotomia	Radiale <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Rimozione protesi dentarie, monili, smalto unghie			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Terapia ANTICOAGULANTE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	sospesa dal _____	
Terapia ANTIAGGREGANTE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	sospesa dal _____	
SUT presente <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Camice monouso	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Accesso Venoso	18G/20G braccio <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Esami Ematici / ECG	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Catetere Vescicale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Monitor trasporto	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	RX Torace	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Note
------

Firma Infermiere
------------------