

CHECK LIST PER LA VALUTAZIONE IN "SALA OPERATORIA"

Ospedale _____

DAL ____/____/____

Indicare il periodo temporale preso in esame

AL ____/____/____

		SI No	NO No	SI %	NO %
1	La sezione anagrafica è compilata in maniera completa?				
2	I dati inseriti dagli operatori, sono presenti?				
3	Il nome del secondo e/o terzo operatore Medico è presente?				
4	Il nome del medico anestesista è presente?				
5	I nomi degli infermieri di sala sono presente?				
6	Il nome dell'infermiere strumentista è presente?				
7	La sezione relativa allo strumentario chirurgico è compilata in tutte le sue parti?				
8	È presente la sezione riferita alle allergie del paziente?				
9	La scheda anestesiologicala è stata compilata in maniera completa?				
10	L' infermiere di sala ha applicato le etichette relative alla sterilità dello strumentario e di teleria?				
11	La check list per la sicurezza del paziente in sala operatoria è stata completata?				
12	È riportata la conta delle garze laparotomiche prima e dopo l'intervento?				

DATA ____/____/____

FIRMA
