

Allegato 2 Check List pre-operatoria per la sicurezza del paziente nel percorso Chirurgico

| DATI PAZIENTE | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|---------|----|---|----|-----------|----------------|-------------------|----------|-----|-----------------|
| NOME | | | COGNOME | | | | SESSO | M | F | DATA DI NASCITA |
| _____ | | | _____ | | | | | | | __/__/__ |
| N° C. CLINICA | REPARTO | | TIPO DI INTERVENTO CHIRURGICO | | | | REGIME INTERVENTO | | | |
| _____ | _____ | | _____ | | | | ELEZ | | APA | |
| | | | | | | | URG. | W. SURG. | | |
| Richiesta unità di sangue | SI | NO | GRUPPO | RH | n° sacche | CDM | CDM | CDM | CDM | |
| Riferisce Allergie | SI | NO | Lattice, farmaci, alimenti, altro... Descrizione _____ | | | | | | | |
| Profilassi Antibiotica | SI | NO | Farmaco _____ | | | | | | | |
| Antiaggreganti | SI | NO | Farmaco _____ | | | | | | | |
| Rimozione Protesi | SI | NO | Tipo Protesi _____ | | | | | | | |
| Identificazione sito chirurgico | SI | NO | Accesso Venoso | SI | NO | Mini-Midline | SI | NO | | |
| Consenso Informato chirurgico | SI | NO | Ago Cannula | SI | NO | CVC | SI | NO | | |
| Consenso Informato anestesilogico | SI | NO | Midline | SI | NO | PICC | SI | NO | | |
| PMK o Defibrillatore | SI | NO | Porth-a-Cath | SI | NO | Acc. Arterioso | SI | NO | | |
| ECG | SI | NO | NOTE | | | | | | | |
| Rx Torace | SI | NO | _____ | | | | | | | |
| Videat Cardiologico | SI | NO | _____ | | | | | | | |
| Esami Ematici | SI | NO | _____ | | | | | | | |
| Prove Funz. Respiratorie | SI | NO | _____ | | | | | | | |
| Catetere Vescicale | SI | NO | _____ | | | | | | | |
| Digiuno | SI | NO | | | | | | | | |
| Tricotomia | SI | NO | INFIERMIERE | | | | Data __/__/__ | | | |
| Igiene Intestinale | SI | NO | | | | | | | | |
| Gioielli/Monili | SI | NO | Nome _____ | | | Cognome _____ | | | | |
| Pulizia e Igiene personale | SI | NO | | | | | | | | |
| Smalto per unghie | SI | NO | Firma _____ | | | N° matr. _____ | | | | |