

Checklist « Chirurgia sicura »

1 SIGN IN

Prima dell'induzione dell'anestesia

con almeno l'équipe anestesilogica

Verifica (e conferma da parte della / del paziente)

- ☐ **Identità:** cognome, nome, data di nascita
- ☐ **Tipo d'intervento**
- ☐ **Sito chirurgico**
- ☐ **Tecnica anestesilogica programmata**
- ☐ **Informazione – consenso del paziente** (chirurgia e anestesia)

☐ **Verifica della marcatura**

- (confronto con la cartella clinica e, se possibile, coinvolgimento attivo della paziente / del paziente)
- ☐ Nessuna marcatura coerentemente alle direttive interne

☐ **Verifica dell'esecuzione dei controlli di sicurezza anestesilogici** (apparecchi anestesilogici/ respiratori, monitoraggio quali ECG, pulsossimetro, pressione arteriosa e farmaci)

Rischi specifici per la / il paziente

Allergie note?

- ☐ No
- ☐ Sì (da indicare)

Difficoltà delle vie aeree/rischio di aspirazione aumentato?

- ☐ No
- ☐ Sì, disponibilità degli apparecchi/del personale necessari

Rischio di perdite ematiche > 500 ml?

(7 ml/kg per i bambini)

- ☐ No
- ☐ Sì, sono presenti accessi venosi/sostituti ematici sufficienti

☐ **Controllo dell'assegnazione alla sala operatoria corretta**

2 TEAM TIME OUT

Prima dell'incisione della cute

con personale di sala operatoria, équipe anestesilogica, chirurgo e altro personale di sala coinvolto

☐ **Presentazione di tutti i membri dell'équipe** (nome e ruolo)

Conferma attiva da parte di tutti i membri dell'équipe presenti e/o dei gruppi specialistici rilevanti

- ☐ **Identità:** cognome, nome, data di nascita
- ☐ **Tipo d'intervento**
- ☐ **Sito chirurgico** (marcatura)
- ☐ **Posizionamento corretto**

Verifica della profilassi antibiotica

- ☐ Somministrazione tempestiva (normalmente entro un intervallo di tempo di 60 minuti prima dell'incisione)?
- ☐ È stato preparato l'antibiotico per recidive intra-operatorie in caso di necessità?
- ☐ Non indicato

Anticipazione di potenziali eventi critici

Équipe anestesilogica

☐ **Rischi specifici per il paziente**

Chirurgo

- ☐ **Fasi operatorie critiche o inusuali**
- ☐ **Durata dell'intervento**
- ☐ **Perdita ematica prevista**

Personale di sala operatoria

☐ **Conferma della sterilità** (strumenti, materiale, indicatori di sterilità inclusi)

☐ **Particolarità in merito alle attrezzature e altri dubbi**

Radiografie, ecografie, immagini di RMN, ecc. necessarie del paziente corretto, lato corretto

- ☐ Presenti
- ☐ Non applicabile

Impianti corretti

- ☐ Disponibili/presenti
- ☐ Non applicabile

3 SIGN OUT

Dopo l'intervento

prima che il chirurgo esca dalla sala operatoria – con personale di sala, chirurgo e l'équipe anestesilogica

☐ **Descrizione degli interventi eseguiti**

Conferma

- ☐ **Conta corretta di strumenti, teli, tamponi, aghi, ecc.**
- ☐ Non applicabile
- ☐ **Identificazione corretta dei campioni e abbinamento con i moduli di laboratorio e con l'etichettatura delle provette/dei contenitori di laboratorio** (definizione, cognome, nome, data di nascita)
- ☐ Non applicabile

Problemi di materiali e attrezzature?

- ☐ No
- ☐ Sì (da indicare)

Chirurgo, équipe anestesilogica e personale di sala

☐ **Informazioni sugli aspetti principali per l'assistenza postoperatoria e per la continuazione del trattamento di questo paziente**