

# Checklist «Chirurgia sicura»

## 1 SIGN IN

### Prima dell'induzione dell'anestesia

con almeno l'équipe anestesilogica

#### Verifica (e conferma da parte 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 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 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

Èquipe 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 anestesista

- 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, anestesista e personale di sala

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