

Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale
di _____

U. O. di Anestesia e Rianimazione
Direttore: _____

N° PROGRESSIVO _____ / _____

**GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO: PREVENZIONE DELL'ERRORE IN AMBITO
ANESTESIOLOGICO - RIANIMATORIO**

Check — list per la registrazione delle attività di verifica preventiva

Specialità chirurgica _____ . Urgenza: sì no
Camera operatoria: _____

GESTIONE FARMACI E PRESIDII

Data compilazione check—list*: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_| Ora: |_|_|:|_|_|

Fasi del processo	Oggetto della verifica	Operatore	Insufficienza rilevata	Insufficienza risolta
Ricognizione farmaci	Disponibilità farmaci per l'anestesia in uso		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Disponibilità farmaci per interventi d'emergenza		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Identificazione farmaci		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ricognizione presidi	Disponibilità presidi per l'anestesia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Disponibilità presidi specifici per ogni tipo di anestesia specialistica		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Disponibilità presidi per interventi di emergenza		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GESTIONE APPARECCHIATURE

Data compilazione check—list*: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_| Ora: |_|_|:|_|_|

Fasi del processo	Oggetto della verifica	Operatore	Insufficienza rilevata	Insufficienza risolta
Ricognizione Apparecchiature	Disponibilità Apparecchiature:			
	<input type="checkbox"/> defibrillatore		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> respiratore		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> pallone ambu		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> monitors di minima		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> flussometri		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> evaporatore		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> bombola O2 per trasporti		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> monitor di temperatura		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> sistemi di riscaldamento attivo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> apparecchiature specifiche per ogni tipo di anestesia specialistica		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

* Compilare la check – list giornalmente ed in seguito ad ogni attività in urgenza

Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale
di _____

U. O. di Anestesia e Rianimazione
Direttore: _____

N° PROGRESSIVO _____ / _____

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO: PREVENZIONE DELL'ERRORE IN AMBITO
ANESTESIOLOGICO - RIANIMATORIO

Check — list per la registrazione delle attività di verifica preventiva

GESTIONE DEL PAZIENTE

Numero scheda | _ | _ | _ | _ |

Cognome e nome paziente (iniziali): | _ | _ | Età: Anni: | _ | _ | (Mesi: | _ | _ |)

Specialità chirurgica _____ . Intervento: _____

Camera operatoria: _____ . Urgenza: SÌ NO

Data compilazione check—list: | _ | _ | / | _ | _ | / | _ | _ | | _ | _ |

Fasi del processo	Ora della verifica	Oggetto della verifica	Operatore	Insufficienza rilevata	Insufficienza risolta
Ricognizione del paziente	_ _	<input type="checkbox"/> Identità del paziente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ricognizione della documentazione clinica	_ _	<input type="checkbox"/> Programma operatorio: verifica tipologia e sede dell'intervento chirurgico, eventuali modifiche sopravvenute		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Documentazione anestesiologicala <input type="checkbox"/> Consenso informato all'intervento chirurgico, al trattamento anestesiologicalo ed alla somministrazione di emoderivati e plasmaderivati		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presa in carico del paziente	_ _	<input type="checkbox"/> Rivalutazione anestesiologicala: identificazione modalità di anestesia e fattori di rischio anestesiologicali <input type="checkbox"/> Osservazione digiuno preoperatorio <input type="checkbox"/> Profilassi antibiotica (almeno 30 / 60 min. prima dell'intervento) <input type="checkbox"/> Profilassi tromboembolica <input type="checkbox"/> Presenza protesi mobili, smalto delle unghie, gioielli, trucco, tricotomia, igiene <input type="checkbox"/> Reazioni awerse/allergie <input type="checkbox"/> Esecuzione premedicazione			
Preparazione del paziente	_ _	<input type="checkbox"/> Verifica corretto posizionamento paziente <input type="checkbox"/> preparazione linea infusionale tramite vena periferica			

Fasi del processo	Ora della verifica	Oggetto della verifica	Operatore	Insufficienza Rilevata	Insufficienza Risolta
Preparazione atto anestesiologicalo chirurgico	_ _ _	<input type="checkbox"/> Posizionamento / Collegamento placca		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Funzionamento ed impostazione apparecchiature		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Monitoraggio parametri vitali, inserimento dei limiti di allarme (FC, FR, SpO2, Et CO2)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Monitoraggio Temperatura		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Prevenzione lesioni da decubito		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Preparazioni farmaci, soluzioni e presidi		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Identificazione farmaci		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Induzione ed anestesia	_ _ _	<input type="checkbox"/> monitoraggio parametri vitali		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> prevenzione caduta dal letto operatorio		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> sorveglianza connessione / funzionamento respiratore		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risveglio	_ _ _	<input type="checkbox"/> prevenzione caduta dal letto operatorio		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> prescrizione terapia farmacologica e controlli postoperatori		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Documentazione atto anestesiologicalo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Trasferibilità del paziente (stabilità condizioni cardiorespiratorie e di coscienza)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Organizzazione trasferimento del paziente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sala Risveglio (se disponibile)	_ _ _	<input type="checkbox"/> Apparecchiature per gestione emergenza		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Farmaci e presidi per gestione emergenza		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Trasferibilità del paziente (stabilità condizioni cardiorespiratorie e di coscienza)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Organizzazione trasferimento del paziente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Note: _____

Firma _____
L'anestesista