

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: <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> 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"/> 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"/>
Presenza 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		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preparazione del paziente	__ __	<input type="checkbox"/> Verifica corretto posizionamento paziente <input type="checkbox"/> preparazione linea infusione tramite vena periferica		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Note: _____

L'anestesista

Firma _____