

SCHEDA INTEGRATA
DI SICUREZZA
DEL PAZIENTE CHIRURGICO
OCULISTICA

- Fasi:**
- 1 - Preparazione Intervento
 - 2 - Check List
 - A -Sign In
 - B - Time Out
 - C - Sign Out
 - 3 - Post Operatorio

NP: non previsto
Sign IN: prima delle'esecuzione dell'anestesia
Time OUT: prima dell'intervento "pausa chirurgica"
Sign OUT: prima della fine dell'intervento
VAS: scala analogica visiva dolore



REGIONE AUTÒNOMA
DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA
DELLA SARDEGNA



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato 2 alla Delib.G.R. n. 44/35 del 5.9.2018

SISPaC

SCHEDA INTEGRATA
DI SICUREZZA
DEL PAZIENTE CHIRURGICO
OCULISTICA



Oculista



Infermiere Sala



Anestesista



Infermiere di
Anestesia



Coordinatore
Check list



Infermiere



Team

1

I

LETTO N°

DATA:

IDENTIFICAZIONE PAZIENTE

Cognome

Nome

Data di nascita

Sesso

Protesi

PaceMaker

Etichetta Sisar

Infermiere

0

Diagnosi

Lato

Tipo di intervento

Consenso informato

Documentazione sanitaria

Allergie

Rispetto al momento della visita sono intervenuti fattori nuovi

Terapia con Anticoagulanti/Antiaggreganti

Terapia con tamsulosina o altri alfabloccanti

Oculista

I

PREPARAZIONE PAZIENTE

Verifica

Identità paziente

Documentazione sanitaria

Idoneo stato di coscienza collaborazione

Digiuno

Controllo protesi

Controllo monili

Igiene personale, indumenti di sala operatoria

Accesso venoso periferico

Marcatura sito chirurgico

Parametri vitali

Midriasi ampia

Terapia domiciliare assunta

Preparazione locale eseguita

Terapia sistemica prescritta assunta

Infermiere

2

TEAM

T

A) SIGN IN

1 Il Paziente ha Confermato

Identità

Sede intervento

Procedura chirurgica

Consenso informato

Anestesia

Procedura

2 Il sito dell'Intervento è stato marcato

3 Completati i controlli per la sicurezza in anestesia

4 Allergie

5 Difficoltà di gestione delle vie aeree o rischio di aspirazione (anestesia generale)

Sì, con disponibilità di apparecchiature/assistenza

NO

Digiuno

Coordinatore ceck list

TEAM

T

B) TIME OUT

Tutti i componenti dell'equipe hanno confermato il proprio nome e funzione

Il chirurgo, anestesista e infermiere hanno confermato:

Identità paziente

Sede di intervento

Tipo di Intervento

Corretto posizionamento

E' stato verificato il risultato refrattivo ed il modello di protesi/lente che sarà usato ?

Sì

NP

E' presente la protesi/lente corretta da impiantare ?

Sì

NP

E' disponibile una protesi/lente alternativa?

Sì

NP

Verifica il potere di lente che sarà usato

Verifica il tessuto del donatore

Verifica se instillato iodopovidone nel fornice.

Verifica disponibilità antibiotico per la profilassi intracamerulare a fine intervento

Anticipazione possibili criticità

Chirurgo:

Requisiti speciali di strumentazione o indagini speciali variazioni alla procedura standard pianificate o probabili

Anestesista:

Presenza aspetti critici SCALA ASA eventuali requisiti speciali, di monitoraggio

Strumentista:

verifica sterilità Dispositivi Medici, eventuali problemi relativi ai Dispositivi Medici posizionamento piastra

Coordinatore ceck list

TEAM

T

C) SIGN OUT

Conferma nome della procedura effettuata e sua registrazione

Verifica corretto conteggio strumenti, garze e taglienti

Segnalazione di eventuali problemi relativi ai dispositivi medici

E' stato confermato l'eventuale decubito obbligato post operatorio

Sì

NP

I pezzi istologici sono correttametne etichettati

Sì

NP

Verifica presenza lesione sede piastra

Sì

NO

Coordinatore ceck list

IA

VERIFICA PARAMETRI VITALI ALL'USCITA DAL BLOCCO OPERATORIO

PA

FC

SPO₂

TC

Infermiere di Anestesia

3

I

POST OPERATORIO

Il Paziente si Presenta

Vigile

Sedato

Verifica:

Parametri Vitali

Valutazione dolore VAS

Vomito

Infusione continua terapia antalgica

Ossigenoterapia

Medicazione

Accessi venosi

Terapia infusioneale

Decubito obbligato post-operatorio

Presenza lesione sede piastra

Infermiere



