

ISTITUTO NAZIONALE TUMORI IRCCS - Fondazione Pascale		ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI "FONDAZIONE G.PASCALE"			
CHECK LIST CONTROLLO PREPARAZIONE PAZIENTE OPERANDO PER TRASFERIMENTO IN/DA CAMERA OPERATORIA					
UNITÀ OPERATIVA		DATA:		ORA DI ARRIVO IN REPARTO	
COGNOME E NOME(e data di nascita in assenza etichetta)		Etichetta paziente con n° cartella clinica			
TIPO DI INTERVENTO					
TRASFERIMENTO IN: BOC <input type="checkbox"/> IORT <input type="checkbox"/> DAY SURGERY <input type="checkbox"/>					
ALLERGIE:	FARMACI (specificare) <input type="checkbox"/> LATTICE <input type="checkbox"/> ALTRO (specificare) <input type="checkbox"/>				
Paziente portatore di pacemaker cardiaco si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> cvc si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>					
PREPARAZIONE PAZIENTE		SI	NO	N.A.	MANCATA CONFORMITA'
CONSENSO INFORMATO	Intervento chirurgico				<input type="checkbox"/>
	Anestesia				<input type="checkbox"/>
	Trasfusione				<input type="checkbox"/>
DOCCIA/BAGNO/SHAMPOO EFFETTUATI					<input type="checkbox"/>
IGIENE ORALE EFFETTUATA					<input type="checkbox"/>
TRUCCO RIMOSSO					<input type="checkbox"/>
TRICOTOMIA EFFETTUATA					<input type="checkbox"/>
LENTI A CONTATTO O OCCHIALI RIMOSSI					<input type="checkbox"/>
PROTESI DENTARIE O ALTRO TIPO RIMOSSE (le protesi acustiche vanno rimosse nel BOC - specificare nelle note)					<input type="checkbox"/>
GIOIELLI (collane,orologi, anelli e piercing) RIMOSSI					<input type="checkbox"/>
CONTROLLO DELLE UNGHIE (pulite,corte,senza smalto/unghe finte)					<input type="checkbox"/>
VESTIZIONE PAZIENTE (indossa camice monouso e cuffia capelli)					<input type="checkbox"/>
CONTRASSEGNO SITO CHIRURGICO					<input type="checkbox"/>
RICHIESTA DI SANGUE/EMODERIVATI					<input type="checkbox"/>
DISPONIBILITÀ SANGUE /EMODERIVATI (richiesta presente in cartella)					<input type="checkbox"/>
CONSEGNA ANTIBIOTICO PER PROFILASSI					<input type="checkbox"/>
PROFILASSI TROMPOEMBOLIA VENOSA	Posizionate calze elastiche				<input type="checkbox"/>
	Farmacologica				<input type="checkbox"/>
MEDICAZIONE ED ISOLAMENTO STOMIE/LESIONI					<input type="checkbox"/>
PREPARAZIONE INTESTINALE (se prevista, come protocollo)					<input type="checkbox"/>
DOCUMENTAZIONE CLINICA/INFERMIERISTICA (cartella esami strumentali - etichette per istologici)		presenti in			<input type="checkbox"/>
DIGIUNO PAZIENTE					<input type="checkbox"/>
USCITA DAL REPARTO ORE _____		FIRMA INFERMIERE REPARTO _____		FIRMA OSS REPARTO _____	
PERSONALE DI SALA OPERATORIA					
ARRIVO DEL PAZIENTE IN SALA OPERATORIA ORE _____		FIRMA INFERMIERE ACCETTAZIONE BOC-IORT-DAY SURGERY: _____			
IDENTIFICAZIONE PAZIENTE: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> NOTE: _____					
USCITA DALLA SALA OPERATORIA ORE _____		FIRMA INFERMIERE REPARTO _____		FIRMA OSS REPARTO _____	

N.A= non applicabile

Mancata conformità segnalare a: dsp@istitutotumori.na.it