

**SAFETY LIST INTERVENTISTICA EMODINAMICA**

UNITA' OPERATIVA INVIANTE \_\_\_\_\_

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA: \_\_\_\_\_

DATA INTERVENTO: \_\_\_\_\_ TIPO DI INTERVENTO: URGENZA  ELEZIONE

ALLERGIE SEGNALATE: \_\_\_\_\_

<b>TRASFERIMENTO</b>	Presenza consenso informato	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Presenza esami ematochimici	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Presenza FUT	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Profilassi antibiotica	in Reparto <input type="checkbox"/> in Emodinamica <input type="checkbox"/> Nessuna <input type="checkbox"/>	
	Rimozione monili/protesi dentarie/altro	<input type="checkbox"/>	
	Tricotomia	<input type="checkbox"/> Note _____	

*Firma dell'Infermiere di U.O.* \_\_\_\_\_

<b>SIGN IN</b>	Arrivo in Sala	Ore: _____		
	Sensorio	Orientato <input type="checkbox"/>	Confuso <input checked="" type="checkbox"/>	Non risponde <input type="checkbox"/>
	Emodinamica	PA _____	FC _____	Ritmico: Si <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Respiratorio	SpO2 _____	Eupnoico <input type="checkbox"/>	Dispnoico <input type="checkbox"/>
	Device presenti	CVP <input type="checkbox"/>	CVC <input type="checkbox"/>	PICC <input type="checkbox"/>
		Catetere Foley <input type="checkbox"/>	Pacemaker temporaneo <input type="checkbox"/>	

<b>TIME OUT</b>	Anestesia	Generale <input type="checkbox"/>	Locale/Sedazione <input type="checkbox"/>
	Monitoraggio	ECG <input checked="" type="checkbox"/>	SpO2 <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>
	Posizionamento piastre per elettrobisturi	<input type="checkbox"/>	
	Posizionamento piastre	<input type="checkbox"/>	

<b>SIGN OUT</b>	Sensorio	Orientato <input checked="" type="checkbox"/>	Confuso <input checked="" type="checkbox"/>	Non risponde <input checked="" type="checkbox"/>
	Emodinamica	PA _____	FC _____	Ritmico: Si <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Respiratorio	SpO2 _____	Eupnoico <input type="checkbox"/>	Dispnoico <input type="checkbox"/>
	Uscita dalla Sala	Ore: _____		

*Firma dell'Infermiere di Sala Emodinamica* \_\_\_\_\_

<b>MEDICO EMODINAMISTA</b>	Procedura	<input type="checkbox"/> Esame diagnostico <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> POBA su _____
	<input type="checkbox"/> Stent medicato su _____	<input type="checkbox"/> Stent metallo su _____	<input type="checkbox"/> Altra procedura _____
	Terapia effettuata in sala emodinamica:	Vedi FUT <input type="checkbox"/>	

*Firma del Medico Emodinamista* \_\_\_\_\_

**SAFETY LIST INTERVENTISTICA/EMODINAMICA GOOD - RETURN**

**AL RIENTRO IN UNITA' OPERATIVA**

<b>MEDICO EMODINAMISTA</b>	<input type="checkbox"/> ECG a 12 derivazioni all'arrivo in U.O. e le mattine successive	
	<input type="checkbox"/> Emocromo, PTT, Creatinina, Elettroliti e Biomarkes Cardiaci	alle
	ore _____ e alle ore _____ del _____	
	<input type="checkbox"/> <b>Introduttore in sede.</b>	<b>Via</b>
	<b>femorale</b> _____ rimuovere non prima di 4 ore dalla sospensione dell'eparina	
	<input type="checkbox"/> <b>Paziente trattato per via femorale:</b> Dx <input type="checkbox"/> Sx <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> <b>Paziente trattato con Safeguard:</b> Rimozione della fasciatura ore _____ scuffiaggio ore _____ e mobilizzazione del paziente dopo almeno 12 ore	
<input type="checkbox"/> <b>Paziente trattato con Angioseal:</b> Controllare il bendaggio inguinale. _____ In		
assenza perdite ematiche si può mobilizzare il paziente dopo 6 ore		
<input type="checkbox"/> <b>Paziente trattato per via radiale e TR BAND</b> Allentare il bendaggio (tampone compressivo) ore _____ Rimuovere (tampone compressivo) ore _____		
<b>Firma del Medico Emodinamista</b>		

<b>INFERMIERE UNITA' OPERATIVA</b>	<b>Il paziente rientra nell'Unità Operativa alle ore .....</b>		
		<b>ESEGUITO</b>	<b>NON PREVISTO</b>
	Identità del paziente e corrispondenza cartella clinica	<input type="checkbox"/>	
	Controllo parametri vitali e stato di coscienza	<input type="checkbox"/>	
	Controllo medicazione del sito chirurgico	<input type="checkbox"/>	
	<b>Controllo delle prescrizioni terapeutiche (FUT, O2, liquidi infusionali, analgesia)</b>	<input type="checkbox"/>	
	<b>Controllo prescrizione degli esami strumentali</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Controllo del catetere venoso periferico/centrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Firma dell'Infermiere di U.O.</b>			