

Proposta Numero: **DEL-1908-2022**

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE
(nominato con Deliberazione di Giunta Regionale n. 99 del 07/02/2022)

OGGETTO: PERCORSO IN SICUREZZA DEL PAZIENTE NEL BLOCCO OPERATORIO

IL DIRETTORE GENERALE

sulla base della seguente proposta predisposta dal Dirigente apicale della struttura proponente che ne attesta la regolarità della istruttoria ed il rispetto della legalità

Premesso che la Gestione del Rischio Clinico e la prevenzione degli eventi avversi in ambito sanitario sono obiettivi prioritari per le Aziende Sanitarie e che la definizione di protocolli e procedure è utile ad esplicitare i processi per singole fasi così da uniformare le attività, i comportamenti e ridurre la discrezionalità del singolo operatore;

Ritenuto che i percorsi di Risk Management hanno come obiettivo il miglioramento della sicurezza delle cure e della qualità delle prestazioni;

Considerato che i percorsi clinico-organizzativi sono la risposta all'esigenza di avere una visione sistemica e complessiva delle prestazioni e uno spunto di lavoro comune, per garantire la qualità, l'efficacia e la sicurezza della prestazione attraverso l'omogeneità di comportamenti tra i membri dell'equipe;

L'Istruttore: CPS-infermiere Dr.ssa. Irene Friuli

Il Responsabile U.O. Dr Marcello Chironi

D E L I B E R A

per tutti i motivi esposti in narrativa e che qui s'intendono richiamati per formarne parte integrante e sostanziale:

Di approvare il percorso in sicurezza del paziente nel blocco operatorio nell'ambito delle procedure in allegato al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale;

Di trasmettere il presente provvedimento, a mezzo procedura informatizzata interna ai Direttori Medici dei Presidi Ospedalieri della ASL che ne assicureranno loro tramite la diffusione Direttori ed ai Responsabili delle Unità Operative interessate;

PERCORSO IN SICUREZZA DEL PAZIENTE NEL BLOCCO OPERATORIO

Il numero di registro e la data del presente provvedimento nonché i soggetti firmatari sono indicati nel frontespizio che, pertanto, deve essere stampato o registrato in uno con questo documento.

Proposta Numero: **DEL-1908-2022**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE TARANTO
FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE**

AOO: **ASL_TA**

REGISTRO: **DELIBERAZIONI**

NUMERO: **1609**

DATA: **25/07/2022**

OGGETTO: **PERCORSO IN SICUREZZA DEL PAZIENTE NEL BLOCCO OPERATORIO**

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Il presente atto è stato firmato digitalmente dal dott. Vito Gregorio Colacicco in qualità di Direttore Generale nominato con Deliberazione di Giunta Regionale n. 99 del 07/02/2022

Con il parere favorevole del dott. Sante Minerba - Direttore Sanitario

Con il parere favorevole del dott. Vito Santoro - Direttore Amministrativo

Su proposta della struttura: Rischio Clinico

Estensore: Irene Friuli

Istruttore: Irene Friuli

Dirigente/Dirigente S.S./S.S.D.: MARCELLO CHIRONI

Dirigente Ufficio/Direttore S.C.:

Direttore di Dipartimento:

PROPOSTA:

NUMERO: **DEL-1908-2022**

DATA: **22/07/2022**

SEZIONE ALBERO TRASPARENZA:

CLASSIFICAZIONE:

DOCUMENTI:

Documento

Impronta Hash

MOD DELIBERAZIONE ORIGINALE

C2E33945665598E8D0F408A33AC8507EAEC88359B9

0257E6DEB61784FD83F6EE

L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente, è conservato a cura dell'Ente produttore secondo normativa vigente.

Il contenuto del provvedimento indicato nel presente frontespizio deve essere stampato o registrato in uno con questo documento.

Proposta Numero: **DEL-1908-2022**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE TARANTO
REGISTRO DELIBERAZIONI DEL DIRETTORE GENERALE**

AOO: **ASL_TA**

REGISTRO: **DELIBERAZIONI DEL DIRETTORE GENERALE**

NUMERO REGISTRO: **1609**

DATA REGISTRO: **25/07/2022**

NUMERO REPERTORIO: **2765**

OGGETTO: **PERCORSO IN SICUREZZA DEL PAZIENTE NEL BLOCCO
OPERATORIO**



**PERCORSO IN SICUREZZA
DEL PAZIENTE NEL BLOCCO
OPERATORIO**

DIREZIONI MEDICHE
OSPEDALIERE

SERVIZIO DELLE PROFESSIONI
SANITARIE

SSD MEDICINA LEGALE RISCHIO
CLINICO

PERCORSO IN SICUREZZA DEL PAZIENTE NEL BLOCCO OPERATORIO

Data Redazione	Gruppo di lavoro	Verifica	Approvazione
10.02.22	Coordinatore Medico Sale Operatorie Dr. F. Carrieri	Direttore Dipartimento Direzioni Mediche Dott.ssa M. Leone	Direttore Sanitario ASL TA Dr. S. Minerba
	Coordinatore Infermieristico Quartiere Operatorio Dr.ssa V. Cavallo	Direttore SC Anestesia e Rianimazione Dr. M. Cacciapaglia	Direttore Generale ASL TA Dott. V.G. Colacicco
	Coordinatore Infermieristico Servizio di Anestesia Dr. C. D'Ambrosio	Dirigente Professioni Sanitarie Dr.ssa Suma	
	Infermiere Quartiere Operatorio CPSI I. De Giorgio	Resp. U.O. Rischio Clinico Dott. M. Chironi	
	Servizio Professioni Sanitarie Dr.ssa M. Caliandro Dr. R. Semeraro		
	Rischio Clinico Dott.ssa L. Nardelli CPSI Dr.ssa I. Friuli		

Sommario

1. PREMESSA	3
2. SCOPO	3
3. DESTINATARI/CAMPO DI APPLICAZIONE	3
4. RESPONSABILITA'	4
4.1 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ	4
5. MODALITÀ OPERATIVE – SEQUENZA ATTIVITÀ	5
5.1 FASE PRE E INTRAOPERATORIA	5
5.2 FASE POSTOPERATORIA	7
5.3 SCHEDA DI RECUPERO POSTOPERATORIO (Allegato 2).....	8
5.4 DIMISSIONE	9
6. REVISIONE (CADENZA)	9
7. RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI	9
ALLEGATO 1.....	11
REQUISITI TECNOLOGICI DELLA ZONA DI RECUPERO POSTOPERATORIO O ZONA RISVEGLIO	11
ALLEGATO 2- SCHEDA DI RECUPERO POSTOPERATORIO	12

1. PREMESSA

La sicurezza delle Persone assistite è uno degli obiettivi prioritari del Servizio Sanitario Nazionale, che pone al centro del percorso di cura il paziente. La gestione del paziente in sala operatoria presenta peculiarità sia per la complessità intrinseca che caratterizza tutte le procedure chirurgiche e anestesologiche che per il numero di professionisti coinvolti, nonché per le condizioni cliniche del paziente, che in taluni casi, richiedono un intervento in condizioni di emergenza/urgenza.

In tal senso particolare rilevanza assumono l'esatta classificazione delle attività, la standardizzazione dei **processi ed una efficace comunicazione** all'interno dell' équipe operatoria, nella quale il chirurgo, l'anestesista, l'infermiere e l'operatore socio-sanitario devono assicurare un clima sereno di collaborazione e di interazione, indispensabile per garantire quelle condizioni di sicurezza, reciproco supporto e verifica, necessarie a gestire le criticità nelle diverse fasi del percorso del paziente in sala operatoria (pre-intra e postoperatorio).

2. SCOPO

Il presente documento analizza e codifica le buone pratiche già presenti nel blocco operatorio, implementandole, se necessario, con quanto riportato in letteratura, ovvero Raccomandazioni e Linee Guida. Tanto ha lo scopo di garantire la sicurezza del paziente mediante una ottimizzazione del dialogo tra i professionisti coinvolti.

Gli obiettivi del presente documento sono di seguito riportati:

- Definire la matrice di responsabilità dei soggetti coinvolti nella presa in carico del paziente attraverso procedure codificate, mediante una interazione continua con la Struttura di degenza, al fine di una presa in carico consapevole per tutta la durata dell'attività intraoperatoria fino al trasferimento/dimissione dal blocco operatorio;
- Garantire percorsi e modalità standardizzate per la gestione corretta del paziente, all'interno del blocco operatorio (inclusa la traslazione dello stesso).

3. DESTINATARI/CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica a tutti i pazienti afferenti al blocco operatorio (sia in regime di urgenza che di elezione) e si rivolge a tutti gli Operatori Sanitari e Sociosanitari del Quartiere Operatorio del PO Santissima Annunziata della ASL di Taranto.

4. RESPONSABILITA'

La responsabilità della corretta applicazione della procedura e della compilazione della check list per la sicurezza in sala operatoria è a carico di tutti gli operatori che prestano la loro attività nel percorso di trattamento chirurgico del paziente. La presente procedura integra e non sostituisce la procedura della corretta identificazione del paziente e del sito chirurgico già attiva.

4.1 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

✓ PRESA IN CARICO PAZIENTE

ATTIVITA'	FIGURE RESPONSABILI	
	Infermiere check	OSS/ausiliario
identificazione del paziente/controllo documentazione clinica	R	C

✓ FASE DI PREPARAZIONE-SIGN IN (PRESALA)

ATTIVITA'	FIGURE RESPONSABILI			
	Chirurgo operatore	Anestesista	Infermiere anestesia	Infermiere SO
Identificazione del paziente/controllo documentazione clinica	R	R	R	R
Verifica la presenza del consenso informato all'intervento chirurgico	R	C	C	C
Verifica la corrispondenza tra l'indicazione all'intervento riportato in cartella e quello previsto nella lista operatoria	R	C	C	C
Verifica la corretta marcatura del lato in caso di organo bilaterale, di interessamento di strutture multiple (dita, lesioni multiple) o livelli multipli (vertebre, coste)	R	C	C	C
Verifica la presenza del consenso informato all'anestesia e all'emotrasfusione	C	R	C	C

✓ **FASE DI PREPARAZIONE-TIME OUT (SALA OPERATORIA)**

ATTIVITA'	FIGURE RESPONSABILI			
	Chirurgo operatore	Anestesista	Infermiere anestesia	Infermiere SO
Verifica corretto posizionamento del paziente	R	R	C	C
Verifica corretta sede e lato	R	C	C	C

✓ **FASE DI RISVEGLIO-SIGN OUT (SALA OPERATORIA)**

ATTIVITA'	FIGURE RESPONSABILI			
	Chirurgo operatore	Anestesista	Infermiere anestesia	Infermiere zona risveglio
Verifica lo stato di coscienza del paziente e le condizioni cardio- respiratorie e la compilazione della cartella anestesiologicala	I	R	C	I
Verifica lo stato di coscienza conservato, la valutazione dei parametri vitali PA- FC- SaO2.	I	R	C	I
Risponde alle necessità assistenziali, verifica e garantisce la sicurezza fisica del paziente, effettua la riconsegna della cartella e della documentazione clinica.	C	C	R	R

C: Coinvolto, I: Informato, R: Responsabile

5. MODALITÀ OPERATIVE – SEQUENZA ATTIVITÀ

Le azioni prevedono una procedura che si svolge in tre fasi:

- Pre-operatoria
- intra-operatoria
- postoperatoria

5.1 FASE PRE E INTRAOPERATORIA

Prima di avviare la seduta operatoria è necessario predisporre e verificare i locali, le attrezzature e i dispositivi presumibilmente necessari durante la seduta nonché quelli di sicurezza.

Nel quartiere operatorio, l'attività ordinaria al mattino ha inizio alle ore 7.00 con la sanificazione e la pulizia delle sale operatorie eventualmente utilizzate in urgenza e la verifica e la sanificazione delle superfici piane delle altre sale operatorie, ad opera del personale ausiliario e OSS.

Gli infermieri di anestesia verificano che ogni sala sia fornita della strumentazione necessaria e che la stessa sia perfettamente funzionante.

Gli infermieri di sala provvedono all'approvvigionamento del materiale (teleria, ferri chirurgici etc) e di quanto necessario, secondo la nota chirurgica trasmessa.

Una volta allestita e rifornita la sala operatoria e verificata la presenza di tutto il personale sanitario coinvolto, l'infermiere di sala provvede alla comunicazione telefonica con l'Unità Operativa di degenza per il trasferimento del paziente.

Il trasferimento del paziente in sala operatoria può essere effettuato da personale OSS e ausiliario se le condizioni lo consentono (la valutazione è a cura dei sanitari di reparto). Si ribadisce la necessità di una comunicazione tra infermiere di reparto e infermiere di sala/check, nel caso in cui ci siano *consegne relative* alle condizioni cliniche del paziente.

Relativamente agli interventi successivi al primo, nell'ottica della sicurezza delle cure, si raccomanda che il paziente giunga nel quartiere operatorio in tempi congrui, previa comunicazione del Chirurgo e dell'Anestesista, al fine di evitare lunghe e spesso superflue permanenze in presala (le lunghe attese hanno un impatto negativo sullo stato emotivo del paziente e dei familiari).

L'operando viene accompagnato dal personale del reparto alla zona filtro del quartiere operatorio, dove il personale dedicato, con l'ausilio del passamalati, trasla il paziente sulla barella di sala operatoria, e lo accompagna in presala.

L'infermiere check (di anestesia/di sala), identificato nel piano di lavoro stilato giornalmente, coadiuvato dal personale di supporto (ausiliario e OSS), procede alla verifica dell'identità del paziente mediante la richiesta verbale delle generalità e la conferma delle stesse mediante il braccialetto identificativo in uso (come da *Procedura operativa del corretto riconoscimento del paziente ed utilizzo del braccialetto identificativo* già deliberata). **In condizione di urgenza/emergenza (politrauma, shock emorragico etc) il paziente identificato secondo la procedura già menzionata, previa comunicazione, accede direttamente in sala operatoria. L'iter di accesso avviene tempestivamente direttamente in sala operatoria.**

Nella fase sign-in, l'infermiere check (di sala/ di anestesia), il chirurgo e l'anestesista contrassegnano e firmano il campo "perioperatoria" della checklist già in uso e consultabile sul sito aziendale N-SIA, nella sezione Rischio Clinico-Procedure.

5.2 FASE POSTOPERATORIA

Il post-operatorio prevede la fase di risveglio vero e proprio che necessita di un'assistenza post-anestesiologica ed una fase di recupero/stabilizzazione.

Si riconoscono due fasi:

- **I FASE: FASE DI RISVEGLIO (IN SALA OPERATORIA).** L'assistenza è garantita dall'anestesista e dall'infermiere. In questa fase si verifica il recupero dagli effetti dell'anestesia (recupero dello stato di coscienza/drive respiratorio in caso di anestesia generale/sedazione). Nel caso di stabilità dei parametri vitali, l'equipe di anestesia congiuntamente all'equipe chirurgica trasferiscono il paziente nell'area dedicata al recupero postoperatorio. **L'anestesista e l'infermiere di anestesia unitamente all'infermiere di sala, coadiuvati dall'OSS, trasferiscono il paziente dal letto operatorio alla barella di trasporto in sicurezza, assicurandosi che le spondine siano correttamente posizionate per evitare cadute accidentali; contestualmente, il chirurgo coadiuva il trasferimento, soprattutto in relazione al corretto posizionamento del distretto corporeo interessato dall'atto operatorio.**

L'infermiere di anestesia, terminata la fase di risveglio:

- compila la **SCHEDA DI RECUPERO POSTOPERATORIO** sottoscrivendola nella sezione "*Infermiere Fase I*". (**ALLEGATO 2**).
- fornisce adeguata comunicazione all'infermiere addetto alla sorveglianza, relativamente allo stato clinico del paziente al fine di garantire continuità assistenziale e per evitare che si perdano informazioni importanti.
- **II FASE: FASE DI RECUPERO/STABILIZZAZIONE POSTOPERATORIA** a breve termine gestita nell'area di risveglio allestita (come da **ALLEGATO 1**) nella parte centrale del blocco operatorio, ovvero di fronte alle sale operatorie, dove viene garantita la ripresa e la stabilizzazione dei parametri vitali. L'assistenza è garantita dall'infermiere dedicato alla sorveglianza, come da piano di lavoro giornaliero redatto dal coordinatore.

L'infermiere dedicato alla sorveglianza:

- si accerta che la barella sia nella posizione più bassa e che le spondine siano alzate

correttamente per evitare cadute accidentali.

- controlla le condizioni generali dell'assistito e verifica lo stato della medicazione della ferita chirurgica;
- controlla la pervietà e la funzionalità dei *device* presenti;
- durante il monitoraggio post-operatorio valuta i parametri vitali, riporta i valori osservati nella **SCHEDA DI RECUPERO POSTOPERATORIO** nella colonna relativa alla fase "*uscita quartiere operatorio*", sottoscrivendola nella sezione "*Infermiere Fase II*". Ogni variazione dello stato clinico deve essere tempestivamente rappresentata all'anestesista.
- se le condizioni del paziente sono stabili, il medico anestesista congiuntamente al chirurgo comunica il parere favorevole per il trasferimento del paziente in reparto.

5.3 SCHEDA DI RECUPERO POSTOPERATORIO (Allegato 2).

Si tratta di una scheda scientificamente validata che ha lo scopo, mediante uno score, di rendere oggettivabili e paragonabili i parametri vitali e le caratteristiche cliniche.

Considera: *livello di coscienza, attività fisica, stabilità emodinamica, stabilità respiratoria, saturazione ossigeno, dolore postoperatorio, vomito postoperatorio*. Per ogni parametro sono forniti tre criteri di valutazione a cui corrisponde un valore numerico (0, 1 o 2). Si ritiene sussista una condizione di **stabilità** clinica quando la somma dei valori fornisce **un punteggio uguale o superiore a 12** (in presenza di nessun item con punteggio pari a 0 e in assenza di brivido o sanguinamento attivo).

La scheda è compilata in due momenti fondamentali. Nello specifico, la prima valutazione viene fatta nella I FASE (fase di risveglio) dall'infermiere di anestesia e la seconda valutazione è eseguita al termine del periodo di osservazione ovvero nella II FASE (fase di recupero postoperatorio) dall'infermiere addetto al recupero postoperatorio. In questa fase, oltre a rispettare i parametri già descritti, il valore di ogni singolo item deve essere non inferiore alla prima rilevazione.

Entrambe le rilevazioni devono essere sottoscritte dall'esecutore, riportando il punteggio dei relativi item nelle rispettive colonne (*uscita sala operatoria, uscita quartiere operatorio*).

Il punteggio minimo per la dimissibilità non deve essere inferiore a 12. Ogni variazione dello stato clinico deve essere tempestivamente rappresentata all'anestesista.

5.4 DIMISSIONE

TRASFERIMENTO IN STRUTTURA DI DEGENZA ORDINARIA: l'infermiere di reparto, giunto in sala operatoria:

- sottoscrive la presa in carico del paziente (nella scheda di recupero anestesiológico) e acquisisce, unitamente alla documentazione clinica anche le informazioni relative alle condizioni cliniche del paziente. Durante il trasporto l'OSS/ausiliario e l'infermiere del reparto, adeguatamente informati su eventuali prescrizioni o limitazioni da osservare, tengono sotto controllo costante le condizioni della persona osservando eventuali segni di alterazione. La barella adibita al trasferimento deve essere fornita di bombola di ossigeno con set per Ventimask, da utilizzare, se necessaria, durante il trasporto del paziente al reparto di degenza. Durante il trasporto, non sono ammesse soste non previste e deviazioni non concordate. Le spondine della barella devono essere sempre alzate.

TRASFERIMENTO IN TERAPIA INTENSIVA: se le condizioni del paziente sono critiche, è possibile che sia richiesto il ricovero presso la TI, che in alcuni casi è preventivamente organizzato qualora le condizioni di base dell'assistito siano instabili o si preveda l'attuazione di un intervento particolarmente complesso e/o demolitivo. In entrambi i casi è necessario che sia allertato il personale sanitario della Terapia Intensiva. È necessaria la presenza, durante il trasferimento, di un medico anestesista e di un infermiere di anestesia (infermiere di sala se l'infermiere di anestesia è impegnato in altra attività/urgenza) e di un OSS o ausiliario. Il trasferimento deve avvenire in sicurezza con i presidi necessari per garantire il sostegno delle funzioni vitali.

6. REVISIONE (CADENZA)

La revisione della procedura deve essere attuata in concomitanza di emissione di nuove indicazioni istituzionali, nazionali e/o regionali e a cambiamenti organizzativi e gestionali nell'ambito dell'azienda.

7. RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI

- Ministero della Salute del lavoro e delle Politiche Sociali. "Manuale per la Sicurezza" in sala operatoria: Raccomandazioni per la sicurezza in sala operatoria – Ottobre 2009.
- Decreto legislativo n. 502 del 30/12/1992
- Linee guida del Ministero della Salute -Ispesl norme di sicurezza nei reparti operatori.
- Analisi dei processi infermieristici nella gestione del risveglio del paziente – SCENARIO Aniarti

2010;27 (3): 18-22

- La gestione dei pazienti nel periodo post-operatorio: obiettivi, requisiti e vantaggi delle Recovery Room e Post - Anesthesia Care Unit SCENARIO Aniarti V.37, N.4 (2020);

ALLEGATO 1
REQUISITI TECNOLOGICI DELLA ZONA DI RECUPERO POSTOPERATORIO O ZONA
RISVEGLIO

L'area di risveglio attrezzata deve essere in contiguità con il blocco operatorio per permettere una attenta sorveglianza del paziente e consentire la tempestiva gestione di eventuali criticità successive all'intervento.

Nell'area adibita ad assistenza postoperatoria sono raccomandate le seguenti apparecchiature:

- Monitor multiparametrico per la valutazione dei parametri vitali (FC, PA, SpO₂, Temperatura)
- Monitor Defibrillatore;
- Pompe siringa infusionali;
- Sistemi per l'erogazione di O₂ terapia (flussimetri, Umidificatori, Maschere);
- Strumentazione per la gestione delle vie aeree;
- Sistemi di aspirazione;

Sono opzionali il ventilatore meccanico e il capnometro.

ALLEGATO 2- SCHEDA DI RECUPERO POSTOPERATORIO

PAZIENTE	
UNITA' OPERATIVA	INTERVENTO
MEDICO ANESTESISTA	INF. ANESTESISTA

ALLE OREIL PAZIENTE VIENE TRASFERITO IN ZONA DI RECUPERO POST-OPERATORIO E PRESO IN CARICO DALL'INFERMIERE

VALUTAZIONE RIFERIMENTO			USCITA SALA OPERATORIA	USCITA QUARTIERE OPERATORIO
LIVELLO DI COSCIENZA	SVEGLIO ORIENTATO	2		
	RISVEGLIABILE CON UN MINIMO STIMOLO	1		
	RESPONSIVO SOLOO ALLA STIMOLAZIONE TATTILE	0		
ATTIVITA' FISICA	MUOVE TUTTE LE ESTREMITAA' A COMANDO	2		
	DEBOLEZZA NEL MUOVERE LE ESTREMITA'	1		
	INCAPACE DI MUOVERE VOLONTARIAMENTE LE ESTREMITA'	0		
STABILITA' EMODINAMICA	PA \pm 15% DEI VALORI PREOPERATORI	2		
	PA \pm 30% DEI VALORI PREOPERATORI	1		
	PA \geq 30% DEI VALORI PREOPERATORI	0		
STABILITA' RESPIRATORIA	IN GRADO DI RESPIRARE PROFONDAMENTE	2		
	RESPIRO SUPERFICIALE (TACHIPNEA) CON CAPACITA' DI TOSSIRE	1		
	DISPNEA CON DEBOLE CAPACITA' DI TOSSIRE	0		
SATURAZIONE OSSIGENO	\geq 90% IN ARIA AMBIENTE	2		
	RICHIEDE O2 SUPPLEMENTARE	1		
	<90% CON O2 SUPPLEMENTARE	0		
DOLORE POSTOPERATORIO	ASSENTE O LIEVE	2		
	MODERATO O GRAVE CONTROLLATO CON ANALGESICI E.V	1		
	GRAVE PERSISTENTE	0		
VOMITO POST-OPERATORIO	ASSENTE O LIEVE NAUSEA	2		
	VOMITO TRANSITORIO O CONATI DI VOMITO	1		
	VOMITO O NAUSEA MODERATA/PERSISTENTE	0		

SU INDICAZIONE DEL MEDICO ANESTESISTA ALLE ORETERMINA LA FASE DI RECUPERO ED IL PAZIENTE È AFFIDATO

AL PERSONALE DI REPARTO:

INFERMIERE FASE I

INFERMIERE FASE II.....

NOTE.....