

---

## **Deliberazione del Direttore Generale**

**n. 151 del registro**

---

**OGGETTO: PROCEDURA PER "CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI, DEL SITO CHIRURGICO E DELLA PROCEDURA" E "CHECK LIST DI SALA OPERATORIA"**

L'anno **2015**, il giorno **SEI** del mese di **MARZO** in Bari, nella sede dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" - IRCCS di Bari, già Ospedale Oncologico,

### **IL DIRETTORE GENERALE**

Visto il D. Lgs. 30.12.1992 n. 502 e successive integrazioni e modificazioni;  
Visto il D. Lgs. 16.10.2003 n. 288 così come modificato dalla sentenza della Corte Costituzionale n. 270 del 23.06.2005;  
Vista la deliberazione della Giunta Regionale n. 1308 del 26.06.2012;  
Vista la deliberazione del Consiglio di Indirizzo e Verifica n. 1 del 01.08.2012,  
sulla base dell'istruttoria e su proposta della S.S. Qualità, Risk Management e Formazione e su proposta della Direzione Strategica

### **HA ADOTTATO**

Il seguente provvedimento.

#### **PREMESSO** che

- Gli interventi in paziente sbagliato, in parte del corpo sbagliata o con procedura errata rappresentano eventi sentinella particolarmente gravi, che possono e devono essere prevenuti, e che possono essere determinati da diversi fattori, quali la carente pianificazione preoperatoria, la mancanza di meccanismi di controllo, l'inadeguata comunicazione tra operatori sanitari e pazienti e/o tra operatori all'interno della stessa équipe;
- Il Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella prevede la segnalazione della "Procedura chirurgica in paziente sbagliato" (evento n° 1) e della "Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)" (evento n° 2);
- Le azioni, finalizzate alla prevenzione degli errori in tale ambito, sono da ricondursi a 5 fasi distribuite in tre periodi, ovvero:
  - Periodo di preparazione all'intervento;
  - Periodo immediatamente precedente l'ingresso in sala operatoria;
  - Periodo immediatamente precedente l'intervento (in sala operatoria);

#### **CONSIDERATO** che

- L'attività chirurgica per volumi di attività e per complessità intrinseca di tutte le procedure ad essa correlate, richiede azioni e comportamenti pianificati e condivisi, finalizzati a prevenire il verificarsi di incidenti perioperatori e la buona riuscita degli interventi;
- Considerata l'analogia dei fattori determinanti e delle relative misure di prevenzione di tali eventi, si ritiene opportuno elaborare all'interno dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" - IRCCS di Bari una Procedura finalizzata alla corretta identificazione dei pazienti, del sito e della procedura chirurgica;
- Risulta, inoltre, necessario dotare questo Istituto di un sistema di identificazione delle responsabilità dei percorsi perioperatori e di definizione puntuale dei processi relativi al paziente candidato all'intervento chirurgico o ad altra procedura con rischi intrinseci di errore di identificazione di paziente o di lato del corpo intervento, e definire procedure utili a regolamentare e standardizzare l'intero processo nei diversi punti critici che possono comportare gravi rischi per i pazienti, in termini di corretta identificazione di lato su cui intervenire.

**VISTO** che

- Il Ministero della Salute ha diffuso nell'ottobre 2009 il "Manuale per la Sicurezza in Sala Operatoria: Raccomandazioni e Checklist", elaborato dal Dipartimento della Qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema, Ufficio III del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali;
- La Raccomandazione del Ministero della Salute n. 3 "Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura" detta le azioni da seguire per garantire la messa in sicurezza del paziente nell'ambito chirurgico;
- Il Coordinamento Regionale Gestione del Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente costituito con deliberazione della Giunta Regionale del 12.07.2011, n. 1575, all'esito della riunione del 5.12.2012, ha approvato le indicazioni operative per l'implementazione su tutto il territorio regionale del Foglio unico di terapia (FUT) e della check-list perioperatoria;
- Tali indicazioni operative sono state recepite con determinazione del Dirigente del Servizio di Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica n. 2 dell'11.01.2013;
- Presso questo Istituto, con nota prot. n. 13499 dell'8 luglio 2014, è stato convocato un incontro, tenutosi in data 11 luglio 2014, volto alla condivisione, con gli operatori sanitari, della "Procedura per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura", delle "checklist di sala operatoria" e della "Procedura per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico, stilate dalla S.S. Qualità, Risk Management e Formazione.

**RITENUTO** pertanto di

- Dover adottare all'interno dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" – IRCCS di Bari la "Procedura per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura" e le "check-list di sala operatoria";

**Dato atto**, altresì, che la presente delibera non comporta maggiori oneri a carico dell'Ente;

Sentito il parere favorevole del Direttore Sanitario, del Direttore Amministrativo e del Direttore Scientifico

Su proposta del Dirigente Responsabile della S.S. Qualità, Risk Management e Formazione

## **DELIBERA**

Per tutti i motivi espressi in narrativa, che qui si intendono integralmente riportati di:

- a) adottare nell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" la "Procedura per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura" e le "check-list di sala operatoria";
- b) Trasmettere copia del presente provvedimento al Direttore della S.C. Rianimazione e T.I.P.O., ai Direttori delle S.C. ed ai Dirigenti Responsabili delle S.S.D. ad indirizzo chirurgico, nonché al Coordinatore Infermieristico della S.C. Rianimazione e T.I.P.O., al Dirigente della S.S.D. Direzione Medica di Presidio e al Responsabile del Servizio Infermieristico dell'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" – IRCCS di Bari, per i successivi adempimenti di competenza;
- c) Dotare il presente atto di immediata efficacia vista l'urgenza di provvedere in merito.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul sito Web dell'Istituto e contestualmente trasmessa al Collegio Sindacale.

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio è stato espletato nel rispetto della normativa regionale e nazionale e che il presente provvedimento, predisposto ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte del Direttore Generale, è conforme alle risultanze istruttorie.

**Il Responsabile del Procedimento**

**Legge 241/1990**

**Collaboratore Amministrativo Professionale**

**f.to: Dott.ssa Annamaria QUARANTA**

**IL RESPONSABILE DELLA S.S.  
QUALITA' RISK-MANAGEMENT E  
FORMAZIONE**

**f.to: Dr.ssa Patrizia NARDULLI**

---

Letto, approvato e sottoscritto

Il Direttore Scientifico f.f.  
f.to: Dott. Attilio Guarini

Il Direttore Amministrativo  
f.to: Dr. Umberto Simonetti

Il Direttore Sanitario  
f.to: Dr.ssa Maria Pia Trisorio Liuzzi

Il Direttore Generale  
f.to: Prof. Antonio Quaranta

---

Per copia conforme all'originale per uso amministrativo composta da n° \_\_\_\_\_ pagine e n° \_\_\_\_\_ fogli i.

Il Segretario

Bari, li \_\_\_\_\_

---

#### **ANNOTAZIONI CONTABILI**

Il Dirigente

---

#### **ATTESTAZIONE DI AVVENUTA PUBBLICAZIONE**

Si certifica che il presente provvedimento è stato pubblicato sul sito web dell'Istituto Oncologico

Dal **09.03.2015** al **in corso**

Bari, **09.03.2015**

Il Responsabile del Procedimento  
l'Assistente Amministrativo  
f.to: Francesco Lopopolo

<i>Istituto Tumori "Giovanni Paolo II"</i>	<b>PROCEDURA PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI, DEL SITO CHIRURGICO E DELLA PROCEDURA NELL'ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"</b>	Data di emissione Gennaio 2015
		Rev 00
		Pagina 1 di 8

**Allegato Deliberazione n. 151 del 06.03.2015 – 1/12**

Documento	Codice documento
<b>PROCEDURA PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI, DEL SITO CHIRURGICO E DELLA PROCEDURA NELL'ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"</b>	<b>IDPA 00</b>

DATA	REDAZIONE	FIRMA
10 / 12 / 2014	<b>Responsabile U.O. Qualità, Risk Management e Formazione</b>	f.to: Dott.ssa Patrizia NARDULLI
DATA	VERIFICA e APPROVAZIONE	FIRMA
17 / 12 / 2014	<b>Direttore U.O.C. Anestesia e Rianimazione e T.I.P.O.</b>	f.to: Dott. Vittorio MATTIOLI
17 / 12 / 2014	<b>Direttore U.O.C. Chirurgia Apparato Digerente</b>	f.to: Dott. Severino MONTEMURRO
17 / 12 / 2014	<b>Dirigente Medico U.O.S.D. Chirurgia Generale ad indirizzo senologico</b>	f.to: Dott. Antonio GUIDO
17 / 12 / 2014	<b>Dirigente Medico Responsabile U.O.S.D. Chirurgia Plastica</b>	f.to: Dott. Cosmo Maurizio RESSA
17 / 12 / 2014	<b>Dirigente Medico U.O.S.D. Ginecologia</b>	f.to: Dott. Gaetano FALCO
17 / 12 / 2014	<b>Direttore U.O.C. Otorinolaringoiatria</b>	f.to: Dott. Luciano GRAMMATICA
17 / 12 / 2014	<b>Direttore U.O.C. Radiologia Diagnostica Avanzata</b>	f.to: Dott. Cosmo Damiano GADALETA
17 / 12 / 2014	<b>Responsabile Servizio Infermieristico</b>	f.to: Dott.ssa Vincenza NIGRO
DATA	APPROVAZIONE	FIRMA
09 / 01 / 2015	<b>Direttore Sanitario</b>	f.to: Dott.ssa Maria Pia TRISORIO LIUZZI

<i>Istituto Tumori “Giovanni Paolo II”</i>	<b>PROCEDURA PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI, DEL SITO CHIRURGICO E DELLA PROCEDURA NELL’ISTITUTO TUMORI “GIOVANNI PAOLO II”</b>	Data di emissione Gennaio 2015
		Rev 00
		Pagina 2 di 8

## INDICE

1. Premessa
  2. Scopo e Obiettivi
  3. Ambito di applicazione
  4. Descrizione delle attività
- Riferimenti Bibliografici

<i>Istituto Tumori “Giovanni Paolo II”</i>	<b>PROCEDURA PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI, DEL SITO CHIRURGICO E DELLA PROCEDURA NELL’ISTITUTO TUMORI “GIOVANNI PAOLO II”</b>	Data di emissione Gennaio 2015
		Rev 00
		Pagina 3 di 8

## **1. PREMESSA**

Gli interventi in paziente sbagliato o in parte del corpo sbagliata rappresentano eventi particolarmente gravi, che possono essere determinati da diversi fattori, quali la carente pianificazione preoperatoria, la mancanza di meccanismi di controllo, l’inadeguata comunicazione tra operatori sanitari e pazienti e/o tra operatori all’interno dell’équipe.

Il Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella prevede la segnalazione della “procedura chirurgica in paziente sbagliato” (evento n° 1) e della “Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)” (evento n° 2).

Considerata l’analogia dei fattori determinanti e delle relative misure di prevenzione di tali eventi, la presente raccomandazione, anche sulla base delle esperienze di altri paesi e del protocollo universale della JCAHO, è stata finalizzata alla corretta identificazione dei pazienti, del sito e della procedura chirurgica.

## **2. SCOPO E OBIETTIVI**

Scopo della presente procedura è quello di garantire la corretta identificazione del paziente da sottoporre all’intervento chirurgico effettivamente previsto con la corretta individuazione del sito chirurgico.

La politica si applica in ogni luogo dell’organizzazione aziendale in cui si praticano le procedure chirurgiche ed invasive, che vengono eseguite in Blocco Operatorio o in altri “setting” ospedalieri, ovvero in tutte le Unità Operative di Chirurgia generale e specialistica, ambulatori dedicati e protetti, radiologia interventistica. Le buone pratiche basate sull’evidenza sono descritte nei Protocolli Universali di Joint Commission per prevenire interventi chirurgici nei siti sbagliati, con procedure errate e su pazienti sbagliati.

### Obiettivi:

- Standardizzare la procedura e omogeneizzare i comportamenti;
- Ridurre la possibilità di errori relativi alla non corretta identificazione del paziente ed alla non corretta individuazione del sito chirurgico.

## **3. AMBITO DI APPLICAZIONE**

La presente procedura si applica su tutte le procedure chirurgiche o invasive, che vengono eseguite in sala operatoria o in altri “setting” ospedalieri.

### **DOVE:**

in tutte le unità operative di chirurgia generale e specialistica, quartiere operatorio, ambulatori specialistici e radiologia interventistica;

<i>Istituto Tumori “Giovanni Paolo II”</i>	<b>PROCEDURA PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI, DEL SITO CHIRURGICO E DELLA PROCEDURA NELL’ISTITUTO TUMORI “GIOVANNI PAOLO II”</b>	Data di emissione Gennaio 2015
		Rev 00
		Pagina 4 di 8

**A CHI:**

a tutti gli operatori sanitari coinvolti in attività di tipo chirurgico o che effettuano procedure di tipo invasivo;

**QUANDO:**

- 1) nel periodo di preparazione all'intervento o procedura invasiva (giorni - ore prima dell'intervento);
- 2) nel periodo immediatamente precedente l'ingresso in sala operatoria;
- 3) nel periodo immediatamente precedente l'inizio dell'intervento

**4. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA’**

La procedura prevede 5 fasi distribuite in 3 periodi, che precedono l’esecuzione dell’intervento.

**A) Periodo di preparazione all’intervento (nei giorni o nelle ore che precedono l’intervento)**

**1^ Fase: Consenso informato**

Il consenso informato rappresenta un momento particolarmente importante del processo assistenziale, per cui ogni medico ha l’obbligo di fornire al paziente una corretta e completa informazione sul trattamento chirurgico proposto, che includa i benefici e i rischi ad esso connessi, nonché le procedure ed i metodi di trattamento alternativi. Ai fini della presente raccomandazione, in aggiunta a tutte le informazioni che secondo le norme vigenti devono essere fornite al paziente per l’accurato e consapevole consenso, occorre che lo stesso contenga almeno le seguenti informazioni e comunque rispetti il format aziendale:

- Generalità del paziente (nome e cognome, data di nascita);
- Nome e descrizione della procedura;
- Sede dell’intervento (organo, parte, livello del corpo);
- Lateralità della procedura;
- Motivazioni per cui viene effettuata la procedura (diagnosi o condizione clinica).

**2^ Fase: Contrassegnare il sito operatorio**

Il sito chirurgico **DEVE** essere contrassegnato nelle situazioni caratterizzate da:

<i>Istituto Tumori "Giovanni Paolo II"</i>	<b>PROCEDURA PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI, DEL SITO CHIRURGICO E DELLA PROCEDURA NELL'ISTITUTO TUMORI "GIOVANNI PAOLO II"</b>	Data di emissione Gennaio 2015
		Rev 00
		Pagina 5 di 8

**DOVE:**

- 1) lateralità dell'intervento;
- 2) interessamento di strutture multiple (dita delle mani o dei piedi, lesioni multiple) o livelli multipli (vertebre, coste)

**COSTITUISCONO ECCEZIONI:**

- interventi su organi singoli
- chirurgia d'urgenza in cui non è prevista una fase preoperatoria di pianificazione dell'intervento
- procedure interventistiche in cui il sito di inserzione del catetere o dello strumento non è predeterminato (cateterismo cardiaco)
- interventi bilaterali simultanei

**COME:**

- 1) Il sito chirurgico deve essere contrassegnato con un pennarello indelebile, affinché il segno rimanga
- 2) visibile anche dopo l'applicazione di soluzioni per la preparazione della cute;
- 3) E' consigliabile l'utilizzo di simboli che non diano adito a confusione e che siano standardizzati all'interno della struttura sanitaria, quali le iniziali del paziente, l'utilizzo di una freccia, le iniziali del chirurgo che effettua l'intervento o una "X";
- 4) In casi particolari (es. occhio), per motivi estetici, di privacy o eventuali interferenze con laser o altri dispositivi medici, è opportuno contrassegnare il sito con un piccolo segno;
- 5) Non devono essere tracciati altri segni in altra parte del corpo e va considerata la possibilità della presenza di altri segni confondenti (es. tatuaggi);
- 6) Il contrassegno deve essere effettuato, se possibile, coinvolgendo il paziente, vigile e cosciente e/o i familiari;
- 7) Il simbolo deve essere segnato sulla sede di incisione o nelle immediate vicinanze.



<i>Istituto Tumori “Giovanni Paolo II”</i>	<b>PROCEDURA PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI, DEL SITO CHIRURGICO E DELLA PROCEDURA NELL’ISTITUTO TUMORI “GIOVANNI PAOLO II”</b>	Data di emissione Gennaio 2015
		Rev 00
		Pagina 6 di 8

**CHI:**

- 1) Il simbolo deve essere tracciato dall'operatore che effettuerà l'intervento oppure da un suo delegato, precedentemente individuato, che sarà presente al momento dell'intervento
- 2) Il contrassegno NON deve essere effettuato dai pazienti e/o familiari.

**B) Periodo immediatamente precedente l'ingresso in Sala Operatoria**

PREMESSA: Se il paziente, per la propria condizione clinica o per età, non è in grado di rispondere alle domande poste sulla corretta identificazione è necessario coinvolgere i familiari o chi ne ha la tutela legale.

3^ Fase: Identificazione del paziente

- Prima che il paziente riceva qualsiasi farmaco che possa influenzare le sue funzioni cognitive, un componente dell'équipe deve chiedere al paziente di dichiarare il proprio nome, la data di nascita, la ragione dell'intervento ed il sito chirurgico.
- Il personale deve verificare che le risposte del paziente siano congruenti con la documentazione clinica, il consenso informato e, laddove presenti, con il braccialetto di identificazione o altri sistemi analoghi.

**C) Periodo immediatamente precedente l'intervento (in Sala Operatoria)**

4^ Fase: “Time-Out”

Prima di iniziare l'intervento, all'interno della sala operatoria, il medico che esegue l'intervento deve effettuare la verifica finale con lo scopo di controllare la corretta identificazione del paziente, la corretta procedura e il corretto sito chirurgico.

Deve essere utilizzata una comunicazione attiva e partecipata di tutti i membri dell'équipe.

Il metodo del **Time-Out** prevede che:

- a. Un componente dell'équipe dichiara il nome e cognome del paziente, la procedura da effettuare, il sito e la lateralità, laddove richiesta, la posizione del paziente e ogni altra informazione rilevante per la

<i>Istituto Tumori “Giovanni Paolo II”</i>	<b>PROCEDURA PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI, DEL SITO CHIRURGICO E DELLA PROCEDURA NELL’ISTITUTO TUMORI “GIOVANNI PAOLO II”</b>	Data di emissione Gennaio 2015
		Rev 00
		Pagina 7 di 8

sicurezza dell’intervento (es. la presenza dei dispositivi necessari, quali protesi, valvole cardiache ecc.).

- b. Tutti i componenti dell’ equipe, devono essere d’accordo con quanto esposto e devono essere chiarite le eventuali discrepanze emerse.


5^ Fase: “Controllo in doppio” (“double check”)

- Confermare l’identità del paziente e la correttezza del sito chirurgico.
- Il controllo deve essere effettuato in doppio, da due componenti dell’équipe:
- Il primo controllo deve essere effettuato dal primo operatore chirurgo che esegue l’intervento.
- Il secondo controllo deve essere effettuato dal secondo operatore chirurgo e/o l’anestesista se presente, per confermare le informazioni riguardanti la corretta identità del paziente, la correttezza della procedura e del sito chirurgico.

<i>Istituto Tumori “Giovanni Paolo II”</i>	<b>PROCEDURA PER LA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI, DEL SITO CHIRURGICO E DELLA PROCEDURA NELL’ISTITUTO TUMORI “GIOVANNI PAOLO II”</b>	Data di emissione Gennaio 2015
		Rev 00
		Pagina 8 di 8

### RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI


1. Ministero della salute. Dipartimento della qualità: Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura <http://www.ministerosalute.it/>
2. Wrong site surgery. Advisory Statement. American Accademy of Orthopaedic Surgeons. American Association of Orthopedic Surgeons January 2004 AAOS On-line Service Wrong Site Surgery.
3. Corret Site Surgery. Patient Safety Alert, immediate action, 2 March 2005 <http://www.npsa.nhs.uk>
4. Ensuring correct surgery and invasive procedures, Department of Veteran Affairs VHA directive 2004-028, June 25, 2004.
5. Universal protocol for preventing Wrong site, Wrong procedure, Wrong person surgery. <http://www.jointcommission.org/>
6. Correct patient, correct procedure and correct site surgery policy and guidelines. Operantional circular Department of Health Government of Western Australia. 31 march2005.
7. New York State Health Department of Health: Pre-Operative Protocols Panel – Final Report;Albany, February 8, 2001.
8. Kwaan MR, StuddertDM, Zinner MJ, GawandeAA. Incidence, Patterns, and Prevention of Wrong-Site Surgery. Arch Surg. 2006;141:353-358

 ISTITUTO TUMORI "Giovanni Paolo II" U.O. DI.....		<b>BAR-CODE</b>
<b>SAFETY LIST PERIOPERATORIA - TRASFERIMENTO</b>		
<b>prima dell'ingresso in sala operatoria</b>		
REPARTO		
Paziente	Data di nascita	
Intervento/procedura		DATA
open <input type="checkbox"/> endoscopico <input type="checkbox"/> laparoscopico <input type="checkbox"/> altro .....		Urgenza SI NO

<b>VERIFICA</b>	<b>ESEGUITA</b>	<b>NON PREVISTA</b>
-----------------	-----------------	---------------------

<b>MEDICO DI REPARTO</b>	identità del paziente con stato di coscienza conservato		
	completezza della cartella clinica		
	presenza del foglio di terapia		
	marcatore del sito (lato/livello) con pennarello dermografico, confermato dal paziente		
	presenza del consenso informato chirurgico		
	presenza del consenso informato anestesilogico		
	allergie segnalate in cartella		
	prescrizioni anestesilogiche		
	prescrizione antibiotico-profilassi preoperatoria		
	prescrizione profilassi tromboembolia venosa		
	disponibilità di sangue se perdita di sangue stimata > 500 ml (7 ml/Kg bambini)		
	<i>Firma del Medico di Reparto</i>		

<b>INFERMIERE DI REPARTO</b>	identità del paziente con stato di coscienza conservato		
	presenza della cartella e documentazione clinica (immagini Rx, foto, barcode, etc)		
	necessità farmaci (antibiotici, altro) da portare in SO		
	presenza nulla osta anestesilogico		
	presenza della determinazione del gruppo sanguigno		
	presenza richiesta e disponibilità di sangue		
	somministrazione profilassi antibiotica		
	somministrazione profilassi tromboembolia venosa (mezzi fisici / eparina)		
	rimozione vestiario - pannolini		
	rimozione protesi dentarie mobili ed acustiche e lenti a contatto		
	rimozione monili (piercing, anelli, bracciali, orecchini), smalto e trucco		
	rispetto del digiuno		
	preparazione intestinale		
	tricotomia		
	verifica pulizia del paziente		
	presenza catetere vescicale		
	premedicazione anestesilogica		
	verifica corretto posizionamento spondine della barella		
	verifica presenza di defibrillatore impiantabile (se da disattivare)		
	presenza di catetere venoso periferico		
presenza di catetere venoso centrale			
presenza di port-a-cath			
presenza di sondino naso gastrico			
<i>Firma dell'Infermiere di Reparto</i>			

 ISTITUTO TUMORI "Giovanni Paolo II" U.O. DI.....		<b>BAR-CODE</b>
<b>SAFETY LIST PERIOPERATORIA - SIGN IN</b> <b>prima dell'induzione dell'anestesia</b>		
SALA OPERATORIA N°		
Paziente	Data di nascita	
Intervento/procedura		DATA
open <input type="checkbox"/> endoscopico <input type="checkbox"/> laparoscopico <input type="checkbox"/> altro .....		Urgenza SI NO

<b>VERIFICA</b>	ESEGUITA	NON PREVISTA
-----------------	----------	-----------------


<b>ingresso del paziente in Sala Operatoria alle ore .....</b>		
<i>Firma dell'Infermiere di Sala</i>		

<b>INF. DI SALA</b>	identità del paziente con stato di coscienza conservato		
	corrispondenza dati anagrafici cartella-lista		
	avvenuta rimozione protesi		
	allergie a farmaci		
	avvenuta somministrazione antibiotico-profilassi		
	presenza della marcatura del sito chirurgico (lato/livello)		
	verifica corretto posizionamento spondine della barella		
	posizionamento pulsossimetro e verifica corretto funzionamento		
controllo integrità kit monouso			
<i>Firma dell'Infermiere di Sala</i>			

<b>ANESTESISTA</b>	verifica identità del paziente con stato di coscienza conservato		
	conferma della procedura da eseguire da parte del paziente		
	presenza del consenso informato anestesilogico		
	corretta posizione del paziente sul letto operatorio		
	controllo sicurezza anestesia (apparecchi, dispositivi e farmaci)		
	valutazione gestione vie aeree		
	valutazione rischio di aspirazione		
	presenza pace-maker		
	presenza defibrillatore impiantabile		
	disattivazione defibrillatore impiantabile, se presente *		▶
<i>Firma dell'Anestesista</i>			

<b>CHIRURCO</b>	identità del paziente		
	conferma della procedura da eseguire		
	verifica presenza del consenso informato chirurgico		
	corretta marcatura del sito chirurgico (lato/livello)		
<i>Firma del Chirurgo</i>			

\* da eseguirsi da parte del cardiologo interventista

 ISTITUTO TUMORI "Giovanni Paolo II" U.O. DI.....		BAR-CODE
<b>SAFETY LIST PERIOPERATORIA - TIME OUT</b> <b>prima della incisione della cute</b>		
SALA OPERATORIA N°		
Paziente	Data di nascita	
Intervento/procedura		DATA
open <input type="checkbox"/> endoscopico <input type="checkbox"/> laparoscopico <input type="checkbox"/> altro .....		Urgenza SI NO

<b>Coordinatore di checklist time out</b>		
<i>Firma dell'Infermiere di Sala</i>		

VERIFICA	ESEGUITA	NON PREVISTA
----------	----------	--------------


<b>COORDINATORE</b>	Verifica che tutti i membri del team siano presenti e il ruolo rispettivo di ciascuno, ripete verbalmente ai componenti dell'equipe operatoria (tutti presenti): 1) l'identità del paziente, 2) il tipo di intervento da eseguirsi, 3) il sito dell'intervento lato/livello, 4) il corretto posizionamento del paziente, 5) eventuali criticità legate all'intervento/procedura o alle condizioni cliniche del paziente.	
	<i>Firma del Coordinatore del time out</i>	

<b>CHIRURGO</b> <b>ANESTESISTA</b> <b>INFERM STRUMENTISTA</b>	verifica dell'identità del paziente	
	conferma della procedura da eseguire	
	corretta marcatura del lato/sito	
	<i>Firma del Chirurgo</i>	
	<i>Firma dell'Anestesista</i>	
	<i>Firma dell'Infermiere Strumentista</i>	

<b>CHIRURGO</b>	<b>REVISIONE DEL CHIRURGO</b> fasi critiche prevedibili, durata dell'intervento, stima possibili perdite ematiche	
	le immagini sono esposte?	
	<i>Firma del Chirurgo</i>	

<b>ANESTESISTA</b>	<b>REVISIONE DELL'ANESTESISTA</b> fasi critiche eventualmente previste per questo specifico paziente	
	<i>Firma dell'Anestesista</i>	

<b>INF STRUM</b>	<b>REVISIONE DEL TEAM INFERMIERISTICO</b> conferma della sterilità, eventuali criticità relative alle strumentazioni, eventuali altre preoccupazioni	
	<i>Firma dell'Infermiere Strumentista</i>	

 ISTITUTO TUMORI "Giovanni Paolo II" U.O. DI.....		BAR-CODE
<b>SAFETY LIST PERIOPERATORIA - SIGN OUT</b> prima che il paziente lasci la sala operatoria		
SALA OPERATORIA N°		
Paziente	Data di nascita	
Intervento/procedura		
open <input type="checkbox"/> endoscopico <input type="checkbox"/> laparoscopico <input type="checkbox"/> altro .....		Urgenza    SI    NO

<b>VERIFICA</b>	<b>ESEGUITA</b>	NON PREVISTA
-----------------	-----------------	--------------

<b>INF STRUM</b>	avvenuta conta delle garze, strumenti, etc.		
	richiesta esame istologico con identificativo paziente e descrizione campione		
<i>Firma dell'Infermiere Strumentista</i>			

<b>CHIRURGO</b>	avvenuta conta delle garze, strumenti, etc. (per presa visione)		
	richiesta esame istologico con identificativo paziente e descrizione campione		
	descrizione intervento chirurgico		
	piano profilassi tromboembolismo post-operatorio		
	aggiornamento terapia sul foglio unico di terapia (FUT)		
<i>Firma del Chirurgo</i>			

<b>ANESTESISTA</b>	stato di coscienza e condizioni cardio-respiratorie		
compilazione della cartella anestesiologicala			
<i>Firma dell'Anestesista</i>			

<b>INFERMIERE DI SALA</b>	stato di coscienza conservato		
	valutazione parametri vitali: PA - FC -SO2		
	presenza e corretto funzionamento dei drenaggi		
	presenza catetere vescicale		
	presenza sondino nasogastrico		
	presenza elastomero o altro per terapia antalgica		
	verifica corretto posizionamento spondine della barella		
	riconsegna cartella e documentazione clinica		
eventuali problemi relativi all'uso di dispositivi medici della Sala Operatoria			
<i>Firma dell'Infermiere di Sala</i>			

<b>il paziente lascia la sala operatoria alle ore .....</b>			
<i>Firma dell'Infermiere di Sala</i>			