

**ASL ROMA 3 - Osp. G.B. Grassi**  
**All. 5 - CHECKLIST PREOPERATORIA di REPARTO**  
**per INTERVENTI di ELEZIONE e DS**

Controllo eseguito il giorno prima (o la mattina in caso di DS) dell'intervento dal  
**MEDICO di REPARTO**

*Dati Paziente*

Cognome ..... Nome .....

Reparto degenza ..... letto nr. ....

Patologia .....

Data Intervento ..... intervento programmato .....

**CHECKLIST**

Cartella clinica (anamnesi, esame obiettivo, terapia)	si	no	Segnatura SITO chirurgico	si	no	non previsto
Consenso chirurgico all'intervento firmato	si	no	Rx Torace	si	no	non previsto
			Test di gravidanza	si	no	non previsto
Cartella Anestesiologica con consenso firmato	si	no	Diagnostica per immagini	si	no	non previsto
Allergia a farmaci	si	no	Disponibilità Sangue e/o Emoderivati	si	no	non previsto
ECG, Es. Ematici, Gruppo Sanguigno (se richiesti)	si	no	Consenso Trasfusione	si	no	non previsto
			Profilassi tromboembolismo	si	no	non previsto

Note: .....

Controllo eseguito dal Dott. .... Firma ..... Data .....

**Controllo eseguito la mattina dell'intervento dall' INFERMIERE di REPARTO**

**CHECKLIST**

E' presente la S.U.T. aggiornata in cartella clinica?	si	no	Il Sito chirurgico è stato segnato ?	si	no	non previsto
Il Digiuno Preoperatorio è stato rispettato, con liquidi chiari per os fino a 2 ore prima dell'intervento?	si	no	Sono state <b>Rilevate controindicazioni momentanee all'intervento</b> : febbre, dispnea, poussè ipertensiva. ? Se presenti avvisare <u>subito</u> Medico di Reparto e Anestesista di sala op.	si	no	/
È stata rilevata Allergia a farmaci?	si	no	E' stato posizionato il Catetere Vescicale ?	si	no	non previsto
È stato effettuato il Controllo della Cartella Anestesiologica con eventuali <b>prescrizioni preoperatorie e verifica assenza barba, trucco e smalto unghie</b>	si	no	Si è provveduto alla Rimozione del vestiario, monili, protesi dentarie...etc ?	si	no	/
È stato effettuato il Controllo dell'Igiene del Corpo ?	si	no	E' stata eseguita la Tricotomia del sito chirurgico ?	si	no	non previsto

Note: .....

Controllo eseguito dal CPSI ..... Firma ..... Data .....