



ISTRUZIONI OPERATIVE PER LA CORRETTA COMPILAZIONE DELLA SCHEDA PERIOPERATORIA

Il documento è rivolto principalmente a: coordinatori e infermieri dei reparti di degenza chirurgici, coordinatore del blocco operatorio, coordinatore del servizio di anestesia, strumentisti, infermieri di anestesia, chirurghi, anestesisti e altro personale di sala operatoria coinvolto in attività chirurgiche.

COMPILAZIONE DELLA SCHEDA PREOPERATORIA

La compilazione della scheda preoperatoria è a cura dell'infermiere di reparto che prepara il paziente candidato all'intervento chirurgico e invia lo stesso in sala operatoria.

Le modalità sono le seguenti:

- Indicazione dell'Unità Operativa e del Direttore/ Responsabile della stessa;
- Tipologia di ricovero (in elezione, in urgenza);
- Data di compilazione;
- Numero ricovero secondo il sistema ADT;
- Raccolta dati anagrafici: nome, cognome, data di nascita del paziente;
- Tipologia intervento chirurgico (da rilevare dal programma operatorio);
- **Lato intervento:** l'infermiere contrassegna la voce "DX" o "SX" corrispondente all'indicazione in cartella/ programma operatorio del lato dell'intervento, quando si tratta di intervento di lato;
- **Contrassegno sito chirurgico:** l'infermiere contrassegna la corrispettiva voce "DX" o "SX" soltanto dopo aver verificato, guardando, che il sito chirurgico sia stato marcato con pennarello indelebile (o altro sistema di indicazione), come stabilito nella Racc. Ministeriale n. 3 per la corretta identificazione dei pazienti e del sito chirurgico, nell'ambito della prevenzione degli eventi sentinella.

La compilazione della **check list** proseguirà controllando che:

- nella cartella clinica sia allegata la scheda anestesiologicala;
- sia firmato il consenso informato, in caso contrario avvertirà il medico di guardia;
- il paziente sia digiuno;
- presenza o meno del catetere vescicale, Catetere Venoso Centrale CVC/Catetere Venoso Periferico CVP e sondino naso-gastrico;
- presenza o meno di pacemaker; nell'eventualità che sia presente, specificare il tipo;
- l'avvenuta rimozione di: a) eventuali protesi mobili specificandone il tipo, b) smalto per unghie, c) gioielli/monili, d) biancheria intima;
- sia presente tutta la documentazione clinica necessaria (es. radiografie, cartelle precedenti ecc);

- nel caso il tipo di intervento lo richieda, sia stata eseguita la preparazione intestinale, la tipologia di soluzione o farmaco utilizzati e l'esito avuto;
- il numero di sacche di sangue ritirate dal centro trasfusionale e il numero di quelle disponibili al centro trasfusionale;
- sia stata somministrata al paziente la terapia giornaliera; in caso affermativo, specificare il tipo di farmaco, la dose somministrata e l'ora in cui è avvenuta la somministrazione;
- sia stata somministrata la preanestesia; in caso affermativo, specificare il tipo di farmaco, la dose somministrata e l'ora in cui è avvenuta la somministrazione; in caso contrario, specificare il motivo per cui la preanestesia prescritta non è stata somministrata: perché non prescritta o perché il paziente la rifiuta o altro;
- sia stata effettuata la profilassi antibiotica, ove prescritta; in caso affermativo, specificare il tipo di farmaco, la dose somministrata e l'ora in cui è avvenuta la somministrazione;
- sia stata effettuata la profilassi antitrombotica, ove prescritta; in caso affermativo, specificare il tipo di farmaco, la dose somministrata e l'ora in cui è avvenuta la somministrazione;
- alla voce "parametri preoperatori" indicare i valori della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca del paziente, prima dell'invio dello stesso in sala operatoria.
Nello specchio relativo alle note, l'infermiere scriverà, quando lo riterrà opportuno, eventuali altre informazioni utili.
Eseguiti i suddetti controlli e compilata la check list, l'infermiere deve firmare la scheda nello spazio dedicato e inserirla nella cartella clinica.

L'infermiere che accoglie il paziente nel blocco operatorio, in genere l'infermiere di anestesia, dopo aver verificato il corretto passaggio del paziente attraverso il passamalati (secondo le "Istruzioni sull'accesso del blocco operatorio del complesso le Stecche", delibera n. 616), accerta, sia con domanda diretta sia con controllo in cartella:

- che il nome del paziente corrisponda a quello indicato in cartella;
- che la tipologia di intervento sia effettivamente quella segnata nel programma operatorio;
- legge la scheda preoperatoria, ricevendo così le informazioni preoperatorie.
L'infermiere che accetta il paziente deve firmare nello spazio dedicato e riporta l'ora di arrivo del paziente nel blocco operatorio; prende in consegna la cartella clinica e accompagna il paziente nella zona di preparazione all'anestesia, antistante la camera operatoria.

COMPILAZIONE DELLA SCHEDA INTRAOPERATORIA

La compilazione della scheda intraoperatoria è a cura dell'infermiere circolante (fuori campo) e dell'infermiere di anestesia.

L'infermiere circolante riporta il numero di sala dove il paziente sarà operato.

Identificazione del paziente: responsabili dell'identificazione del paziente sono: il chirurgo, l'anestesista e l'infermiere circolante di sala operatoria.

I tre professionisti, preferibilmente in maniera contestuale, devono chiedere al paziente di declinare le sue generalità e firmano nello spazio apposito, indicando l'ora in cui è avvenuta l'identificazione del paziente.

Le recenti indicazioni OMS, riprese nel "Manuale per la Sicurezza in sala operatoria. Raccomandazioni e checklist", richiedono che il coordinatore chieda all'équipe operatoria di confermare ad alta voce il nome del paziente, la procedura chirurgica e il sito chirurgico (ad esempio, l'infermiere dice ad alta voce: "Siete d'accordo che il nome del paziente è XY, che sta per essere sottoposto ad intervento di riparazione d'ernia inguinale destra?").

L'infermiere circolante prosegue con la compilazione della scheda, indicando:

- la diagnosi chirurgica;
- l'ora di inizio e la fine dell'intervento chirurgico;
- se si utilizza la piastra chirurgica, deve barrare la casella "SI"; al contrario, deve barrare la casella "NO";
- in caso di utilizzo della piastra chirurgica, indicare la sede anatomica di posizionamento della stessa;
- in caso di utilizzo della piastra chirurgica, deve indicare il lato di posizionamento della stessa, barrando la voce corrispondente "DX" o "SX";
- alla voce "strumentario" deve barrare nella casella corrispondente se è presente lo strumentario generico e/o specifico; per generico s'intende strumentario composto da ferri generici (pinze, forbici, retrattori, ecc.); per specifico s'intende materiale specialistico (protesi, suturatrici, ecc.); l'infermiere che verifica l'effettiva disponibilità e l'avvenuta preparazione dello strumentario occorrente, deve firmare nell'apposito spazio, e così anche il chirurgo, che a sua volta effettua la verifica.

SPECCHIETTO "CONTA GARZE E MATERIALE CHIRURGICO"

La compilazione dello specchietto della conta garze e del materiale chirurgico deve essere effettuata dall'infermiere circolante, in collaborazione con lo strumentista.

La conta garze deve essere effettuata all'inizio di ogni intervento chirurgico, durante l'intervento chirurgico, al momento dell'eventuale cambio dell'infermiere o del chirurgo dell'équipe operatoria, alla chiusura di una cavità e alla chiusura della cute.

Modalità operative

La procedura di conteggio deve:

- essere effettuata a voce alta;
- essere effettuata da due operatori contemporaneamente (strumentista, infermiere circolante);
- essere sempre documentata mediante firma sulla scheda, nell'apposita casella; se si verifica un cambio turno verrà rifatta la conta e a fine intervento apposte le firme del 2° infermiere circolante e del secondo infermiere strumentista.
- Nella riga indicante la "conta finale" deve essere segnalato il **numero** delle garze date che deve

corrispondere al **numero** delle garze rese (non è corretto scrivere ok).

Nel caso in cui emerga una discordanza nel conteggio, **occorre:**

- procedere nuovamente alla conta delle garze
- segnalare al chirurgo
- ispezionare il sito operatorio
- ispezionare l'area circostante il campo operatorio (pavimento, tutti i recipienti per i rifiuti e gli strumenti utilizzati)
- effettuare la radiografia intraoperatoria
- registrare quanto avvenuto e tutte le procedure poste in essere barrando con una X sulla voce "SI" o "NO".

COMPILAZIONE DELLA SCHEDA DI DIMISSIONE DALLA SALA OPERATORIA

La compilazione della scheda è a cura del chirurgo che ha effettuato l'intervento chirurgico.

In questa scheda deve essere riportato:

- il tipo di ricovero;
- la data dell'intervento chirurgico;
- generalità del paziente (cognome, nome e data di nascita);
- l'intervento eseguito;
- nella voce "NOTE", il chirurgo deve indicare eventuali complicanze intraoperatorie
- nello specchietto, indicare la localizzazione di eventuali drenaggi/ sondini posizionati; nella casella

"Valori" specificare la quantità di liquidi presenti nella sacca di raccolta, al momento in cui il paziente esce dalla sala operatoria;

A fine compilazione, il chirurgo firma nell'apposito spazio.

L'infermiere di reparto, che riceve il paziente operato, segnalerà in questa scheda l'ora di arrivo e firmerà nell'apposito spazio.