

Nome del Paziente:
 Numero di Identificazione del Paziente:
 Data di Nascita:
 Sesso: Maschio Femmina
 Reparto:
 Medico Referente:

CIRSE Lista di Controllo per la Sicurezza del Paziente*



Procedura:

Data:

Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Europe

VALUTAZIONE PRE-PROCEDURA	SI	NO	N/A
Consulto col medico referente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verifica delle immagini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Storia clinica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consenso informato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Profilassi della nefropatia da mezzo di contrasto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparati/Strumenti specifici disponibili/ordinati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prescritto obbligo di digiuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prescritti Esami di Laboratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Necessaria presenza dell'anestesista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sospensione dei farmaci anticoagulanti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Necessaria degenza post-operativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Necessaria profilassi antiallergica al mezzo di contrasto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONTROLLO PRELIMINARE	SI	NO	N/A
Presentazione dei membri del team	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Documentazione completa del paziente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verifica Paziente/Lato/ Sito di intervento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Digiuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accesso venoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipe di monitoraggio allegato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verifica esami di laboratorio e coagulazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verifica Allergie e/o Profilassi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Somministrazione di antibiotici e/o altri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consenso Informato Firmato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

POST-PROCEDURA	SI	NO	N/A
Descrizione dell'intervento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Parametri vitali normali durante l'intervento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protocollo per la somministrazione dei farmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prescritti esami di laboratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Campioni etichettati ed inviati al laboratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Discussi i risultati dell'intervento con il paziente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fornite istruzioni per il periodo seguente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prescritti test successivi/diagnostica per immagini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appuntamento Visita Ambulatoriale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comunicati i risultati dell'intervento al medico referente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Nome:

Firma: _____

Nome:

Firma: _____

Nome:

Firma: _____

* Modificato dalla lista di controllo chirurgico RADPASS & WHO