



“Comunicazione tra la sala e la degenza: la scheda di accompagnamento del paziente”

VAI MAURO

CPSI SC Cardiologia – ASL TO4 Chivasso
Laboratorio di Elettrofisiologia

23 Ottobre 2015

Bisogni...

■ **PERSONA ASSISTITA**

- Qualità
- Sicurezza

■ **OPERATORI SANITARI**

- Tutela
- Valorizzazione dei ruoli
- Responsabilizzazione

La “Checklist” nella sala di cardiologia interventistica

A.S.L. TOR ASL 101 TORINO ASL 102 TORINO		CHECKLIST PER LA SICUREZZA NELLA SALA DI CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA SCHEDA N. _____	
ETICHETTA PERSONA ASSISTITA		☐ ORDINARIO ☐ DAY HOSPITAL ☐ URGENTE ☐ AMBULATORIALE ☐ URGENZA DIFFERIBILE	
DATA PROCEDURA INTERVENTISTICA:		NUMERO PROCEDURA INTERVENTISTICA:	
DIAGNOSI:		☐ STUDIO ELETTROFISIOLOGICO ☐ ABLAZIONE SE SI SPECIFICARE TIPOLOGIA:	
TIPOLOGIA PROCEDURA INTERVENTISTICA PROGRAMMATA:		☐ CHIRURGIA AURICOLA SINISTRA ☐ CONDUROMIOTOMIA ☐ ANGIOLASTICA ☐ ALTRO	
☐ I.C.D. (IMPLANTATO/CAVITATO/CAVITATO) ☐ IMPLANTO ☐ SOSTITUZIONE SE IMPLANTO/SOSTITUZIONE SPECIFICARE TIPOLOGIA:		☐ CHIRURGIA AURICOLA SINISTRA ☐ CONDUROMIOTOMIA ☐ ANGIOLASTICA ☐ ALTRO SE SI SPECIFICARE:	
LOGG RECORD		SE SI SPECIFICARE:	
☐ IMPLANTO ☐ IMPLANTO ☐ IMPLANTO ☐ IMPLANTO		☐ IMPLANTO ☐ IMPLANTO ☐ IMPLANTO ☐ IMPLANTO	
FASCE TAVIER		CARTELLA CLINICA:	
☐ IMPLANTO ☐ SOSTITUZIONE ☐ IMPLANTO SE IMPLANTO/SOSTITUZIONE SPECIFICARE TIPOLOGIA:		☐ ESAMI ENATTO DI ROUTINE ☐ ESAMI INSTRUMENTALI DI ROUTINE ☐ ESAMI CONSIGLIENZE AGGIUNTIVE A CONFERMA ☐ DELL'INTERVENTO ☐ PRESENTI IN CARTELLA/CONTROLLATI	
☐ BOMBA DIVISIONE CIPEDALERA (SOS) ☐ ANAVENIRI COMPLETA ☐ DARIO CLINICO COMPLETO ☐ EVENTUALE RICHIESTA TERAPIA UNICA		☐ ESAMI ENATTO DI ROUTINE ☐ ESAMI INSTRUMENTALI DI ROUTINE ☐ ESAMI CONSIGLIENZE AGGIUNTIVE A CONFERMA ☐ DELL'INTERVENTO ☐ PRESENTI IN CARTELLA/CONTROLLATI	
ALTRO SPECIFICARE:		CONTENUTO	
☐ ALLA PROCEDURA INTERVENTISTICA CARDIOLOGICA ☐ ALLE PROCEDURE INTERVENTIVISTICHE CARDIOLOGICHE ☐ ALLE PROCEDURE INTERVENTIVISTICHE CARDIOLOGICHE ☐ ALLE PROCEDURE INTERVENTIVISTICHE CARDIOLOGICHE		☐ PRESCRITTA ☐ PRESCRITTA ☐ PRESCRITTA ☐ PRESCRITTA	
☐ CONSENSO ANESTESIOLOGICO ☐ CONSENSO ANESTESIOLOGICO ☐ CONSENSO ANESTESIOLOGICO ☐ CONSENSO ANESTESIOLOGICO		☐ PRESCRITTA ☐ PRESCRITTA ☐ PRESCRITTA ☐ PRESCRITTA	
☐ INGIUNZIONE DIFFICILE ☐ INGIUNZIONE DIFFICILE ☐ INGIUNZIONE DIFFICILE ☐ INGIUNZIONE DIFFICILE		☐ PRESCRITTA ☐ PRESCRITTA ☐ PRESCRITTA ☐ PRESCRITTA	
☐ ALLERGIE/INTOLLERANZE NOTE ☐ ALLERGIE/INTOLLERANZE NOTE ☐ ALLERGIE/INTOLLERANZE NOTE ☐ ALLERGIE/INTOLLERANZE NOTE		☐ PRESCRITTA ☐ PRESCRITTA ☐ PRESCRITTA ☐ PRESCRITTA	
☐ STATO DI GRAVITA ☐ STATO DI GRAVITA ☐ STATO DI GRAVITA ☐ STATO DI GRAVITA		☐ PRESCRITTA ☐ PRESCRITTA ☐ PRESCRITTA ☐ PRESCRITTA	
☐ ALTRO SPECIFICARE: ☐ ALTRO SPECIFICARE: ☐ ALTRO SPECIFICARE: ☐ ALTRO SPECIFICARE:		☐ PRESCRITTA ☐ PRESCRITTA ☐ PRESCRITTA ☐ PRESCRITTA	
☐ PROFILASSI ANTIBIOTICA (ATE) ☐ PROFILASSI ANTIBIOTICA (ATE) ☐ PROFILASSI ANTIBIOTICA (ATE) ☐ PROFILASSI ANTIBIOTICA (ATE)		☐ PRESCRITTA ☐ PRESCRITTA ☐ PRESCRITTA ☐ PRESCRITTA	
☐ PROFILASSI ANTIBIOTICA (ATE) ☐ PROFILASSI ANTIBIOTICA (ATE) ☐ PROFILASSI ANTIBIOTICA (ATE) ☐ PROFILASSI ANTIBIOTICA (ATE)		☐ PRESCRITTA ☐ PRESCRITTA ☐ PRESCRITTA ☐ PRESCRITTA	

DISPOSITIVI MEDICI E ALTRO MATERIALE CONSENTITI ALLA SALA DI CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA:						PRIMAUSCOLA AVVERTITO CONTROLLO INFOSSE	
☐ FARMACI DA SOMMINISTRARE PER PROFILASSI: ATE ☐ POMPA INFUSIONALE ☐ 10 ETICHETTE LASER ☐ ALTRO specificare: _____							
INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE DELLA PERSONA ASSISTITA:							INFERMIERE
STATO COSCIENZA:		☐ NORMALE ☐ EMORIENTATA ☐ AGITATA ☐ SOPOROSA					
COMUNICAZIONE:		☐ NORMALE ☐ ALTERATA SE ALTERATA specificare: _____		COMPRESIONE: _____		UTILIZZA ALTRA LINGUA SE SI specificare: _____	
PARAMETRI:		Temperatura °C: _____		Peso Corporeo Kg: _____		Altezza cm: _____	
MOBILIZZAZIONE:		☐ AUTONOMA ☐ PARZIALMENTE AUTONOMA ☐ NON AUTONOMA					
PROTESI – DISPOSITIVI – ACCESSORI:							
		PROTESI ARTRODICI ORTOPEDICHE: ☐ spalla ☐ ginocchio ☐ anca ☐ bacino ☐ caviglia					
PROTESI E DISPOSITIVI PRESENTI		☐ DEFIBRILLATORE CARDIACO IMPIANTATO ☐ CTRACHETOESTOMIA ☐ ALTRO specificare: _____ ☐ SPACE MAKER ☐ CATETERE VESICALE ☐ CATETERE VENOSO CENTRALE ☐ CIRCONFERENZIARIA DENTARIA FISSA ☐ CATETERE PERIFERICO VENOSO					
PROTESI E ACCESSORI USUATI		PROTESI DENTARIE MOBILE: ☐ superiori ☐ inferiori PROTESI ACUSTICA: ☐ destra ☐ sinistra ☐ PROTESI VISIVE: ☐ occhiali ☐ lenti a contatto ☐ occhiali da sole ☐ MOCULI (polso pancia e ungueali artificiali)					
INFORMAZIONI ASSISTENZIALI RELATIVE ALLA PERSONA ASSISTITA:							
IGIENE PERSONALE:		☐ ESIGUITA ☐ CONTROLLATA ☐ INTEGRATA ☐ INDEBITATA SE DE LEZIONE specificare: _____					
STATO DELLA CUTI:		TIPO LESIONE specificare: _____					
TRICOTOMIA DIGNO:		☐ ESIGUITA ☐ CONTROLLATA ☐ NON NECESSARIA					
TERAPIA:							
PREMECOCAZIONE:		☐ SOMMINISTRATA ☐ SOMMINISTRATA IN COGENZA					
PROFILASSI ANTIBIOTICA:		☐ SOMMINISTRATA IN COGENZA ☐ SOMMINISTRATA IN COGENZA					
PROFILASSI ANTIALGERICA:		☐ NO ☐ SI specificare: _____					
RICHIEDI ESPRESSO GALLA PA:							

FARMACI SOMMINISTRATI DURANTE LA PROCEDURA INTERVENTISTICA											
FARMACO		QUANTITATIVO SOMMINISTRATO E ORARIO DI SOMMINISTRAZIONE									
INFEZIONE	☐ LIDOCARNO CLORIDRATO 20mg/ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml
	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml
INFEZIONE	☐ METOPROLOLOLO 50mg/ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml
	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml
INFEZIONE	☐ PROPOFOL 1mg/ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml
	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml
INFEZIONE	☐ MOXIFLOXACINA 400mg	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml
	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml
INFEZIONE	☐ EPIDURAL 500mg	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml
	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml
INFEZIONE	☐ NITROGLICERINA 1mg/ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml
	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml
INFEZIONE	☐ NITROGLICERINA 0.5mg/ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml
	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml
INFEZIONE	☐ NITROGLICERINA 0.2mg/ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml
	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml
INFEZIONE	☐ ATROPINA 0.5mg/ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml
	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml
INFEZIONE	☐ MORFINA 10mg/ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml
	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml
INFEZIONE	☐ MORFINA 5mg/ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml
	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml
INFEZIONE	☐ MORFINA 2.5mg/ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml
	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml
INFEZIONE	☐ MORFINA 1.25mg/ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml
	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml
INFEZIONE	☐ MORFINA 0.625mg/ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml
	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml
INFEZIONE	☐ MORFINA 0.3125mg/ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml
	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml
INFEZIONE	☐ MORFINA 0.15625mg/ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml
	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml
INFEZIONE	☐ MORFINA 0.078125mg/ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml
	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml
INFEZIONE	☐ MORFINA 0.0390625mg/ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml
	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml
INFEZIONE	☐ MORFINA 0.01953125mg/ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml
	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml
INFEZIONE	☐ MORFINA 0.009765625mg/ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml
	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml
INFEZIONE	☐ MORFINA 0.0048828125mg/ml	ml	ml	ml							

Le fasi della Checklist

- Pre-procedura
- Accettazione in sala
- Peri-procedura
- Intra-procedura
- Fine procedura
- Comunicazioni al reparto
- Certificazione dell'equipe

SCHEDA "A"

■ Cardiologo

■ In reparto

A.S.L. TO4 Azienda Sanitaria Locale di Cuneo, Chivasso e Ivrea		CHECKLIST PER LA SICUREZZA NELLA SALA DI CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA SCHEDA A: PRE-PROCEDURA INTERVENTISTICA	
ETICHETTA PERSONA ASSISTITA		☐ ORDINARIO ☐ DAY HOSPITAL ☐ URGENTE ☐ AMBULATORIALE ☐ URGENZA DIFFERIBILE	
DATA PROCEDURA INTERVENTISTICA: DIAGNOSI:		NUMERO PROCEDURA INTERVENTISTICA:	
TIPOLOGIA PROCEDURA INTERVENTISTICA PROGRAMMATA:			
I.C.D. (implantable Defibrillator Cardioverter)		☐ STUDIO ELETTROFISIOLOGICO	
☐ IMPIANTO ☐ SOSTITUZIONE ☐ ESPIANTO Se impianto/sostituzione SPECIFICARE TIPOLOGIA:		☐ ABLAZIONE Se si SPECIFICARE TIPOLOGIA:	
Loop Recorder		☐ CHIUSURA AURICOLA SINISTRA	
☐ IMPIANTO ☐ ESPIANTO		☐ CORONARIOGRAFIA	
		☐ ANGIOPLASTICA	
PACE MAKER		☐ ALTRO	
☐ IMPIANTO ☐ SOSTITUZIONE ☐ ESPIANTO Se impianto/sostituzione SPECIFICARE TIPOLOGIA:		Se si SPECIFICARE:	
CARTELLA CLINICA:			FIRMA/SIGLA AVVENUTO CONTROLLO: DIRIGENTE MEDICO
☐ SCHEDA DIMISSIONE OSPEDALIERA (SDO) ☐ ANAMNESI COMPILATA ☐ DIARIO CLINICO COMPILATO ☐ EVENTUALE SCHEDA TERAPEUTICA UNICA ALTRO specificare:		☐ ESAMI EMATICI DI ROUTINE ☐ ESAMI STRUMENTALI DI ROUTINE ESAMI/CONSULENZE AGGIUNTIVI A CONFERMA DELL'INTERVENTO: ☐ PRESENTI IN CARTELLA/CONTROLLATI	
CONSENSO:			DIRIGENTE MEDICO
☐ ALLA PROCEDURA INTERVENTISTICA CARDIOLOGICA ☐ ALLE PROCEDURE INTERVENTISTICHE CARDIOLOGICHE		ALTRO specificare:	
INFORMAZIONI ANESTESIOLOGICHE:			
☐ CONSENSO ANESTESIOLOGICO			
INTUBAZIONE DIFFICILE:		☐ SI ☐ NO	
PREMEDICAZIONE:		☐ PRESCRITTA ☐ NON PREVISTA	
RISCHI PERSONA ASSISTITA (P.A.):			
ALLERGIE/INTOLLERANZE NOTE:		☐ SI ☐ NO SE SI specificare quali:	
STATO DI GRAVIDANZA RIFERITO DALLA P.A.		☐ SI ☐ NO ☐ STATO AL MOMENTO NON NOTO ALLA P.A.	
ALTRO specificare:			
TERAPIA:			DIRIGENTE MEDICO
PROFILASSI ANTIBIOTICA (ATB):	☐ PRESCRITTA ☐ NON PREVISTA		
PROFILASSI ANTIALLERGICA:	☐ PRESCRITTA ☐ NON PREVISTA		

SCHEDA "A"

■ Infermiere / OSS

■ Reparto

■ Prima di entrare in sala

DISPOSITIVI MEDICI E ALTRO MATERIALE CONSEGNATI ALLA SALA DI CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA:				FIRMA/SIGLA AVVENUTO CONTROLLO: INFISS
☐ FARMACI DA SOMMINISTRARE PER PROFILASSI ATB ☐ POMPA INFUSIONALE ☐ 10 ETICHETTE LASER ☐ ALTRO specificare:				
INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE DELLA PERSONA ASSISTITA:				INFERMIERE
STATO COSCIENZA:	☐ NORMALE ☐ DISORIENTATA ☐ AGITATA ☐ SOPOROSA ☐ ALTERATA SE ALTERATA specificare:			
COMUNICAZIONE:	☐ NORMALE ☐ UTILIZZA ALTRA LINGUA SE SI specificare:	COMPRESIONE:		
PARAMETRI:	Temperatura °C:	Peso Corporeo Kg:	Altezza cm:	
MOBILIZZAZIONE:	☐ AUTONOMA ☐ PARZIALMENTE AUTONOMA ☐ NON AUTONOMA			
PROTESI - DISPOSITIVI - ACCESSORI:				INFERMIERE
PROTESI E DISPOSITIVI PRESENTI	PROTESI ARTRODESI ORTOPEDICHE	spalla: ☐ dx ☐ sx ginocchio: ☐ dx ☐ sx anca: ☐ dx ☐ sx ☐ schiena		
	☐ DEFIBRILLATORE CARDIACO IMPIANTATO ☐ PACE MAKER ☐ CATETERE VENOSO CENTRALE ☐ CATETERE VENOSO PERIFERICO	☐ TRACHEOSTOMIA ☐ CATETERE VESCICALE ☐ PROTESI DENTARIA FISSA	☐ ALTRO specificare:	
	PROTESI E ACCESSORI RIMOSI	PROTESI DENTARIA MOBILE: ☐ superiore ☐ inferiore PROTESI VISIVE: ☐ occhiali ☐ MONILI (incluso piercing e unghie artificiali)	PROTESI ACUSTICA: ☐ destra ☐ sinistra ☐ oculari: ☐ dx ☐ sx	INFISS
INFORMAZIONI ASSISTENZIALI RELATIVE ALLA PERSONA ASSISTITA:				INFISS
IGIENE PERSONALE: ☐ ESEGUITA ☐ CONTROLLATA ☐ INTEGRA ☐ NON INTEGRA SEDE LESIONE specificare: TIPO LESIONE specificare:				
TRICOTOMIA: ☐ ESEGUITA ☐ CONTROLLATA ☐ NON NECESSARIA				
DIGIUNO: DALLE ORE specificare:				
TERAPIA:				INFERMIERE
PREMEDICAZIONE: ☐ SOMMINISTRATA				
PROFILASSI ANTIBIOTICA: ☐ SOMMINISTRATA IN DEGENZA				
PROFILASSI ANTIALLERGICA: ☐ SOMMINISTRATA IN DEGENZA				
RICHIESTE ESPRESSE DALLA P.A.: ☐ NO ☐ SI specificare:				INFERMIERE

SCHEDA “B”

■ Infermiere
Accettante

■ Accoglienza in sala

SCHEDA B: ACCETTAZIONE NELLA SALA DI CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA	
ACCOGLIENZA DELLA PERSONA ASSISTITA:	FIRMA/SIGLA AVVENUTO CONTROLLO: INFERMIERE ACCETTANTE
INDICARE L'ORA DI ARRIVO DELLA P.A. NELLA SALA DI CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA:	
☐ AVVENUTA IDENTIFICAZIONE P.A. AVVENUTA IDENTIFICAZIONE: ☐ DELLA PROCEDURA INTERVENTISTICA CARDIOLOGICA ☐ DELLE PROCEDURE INTERVENTISTICHE CARDIOLOGICHE	
PROBLEMATICHE EMERSE DURANTE LA FASE DI ACCOGLIENZA NELLA SALA DI CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA:	
☐ NO	SE SI specificare:
RICHIESTE ESPRESSE DALLA PERSONA ASSISTITA:	
☐ NO	SE SI specificare:
SCHEDA C: PERI-PROCEDURA INTERVENTISTICA	
ALLERGIE/INTOLLERANZE NOTE:	FIRMA/SIGLA AVVENUTO CONTROLLO: INFERMIERE
☐ SI ☐ NO	
VERIFICA LIVELLO DI ANSIA:	
☐ ASSENTE ☐ LIEVE ☐ MODERATO ☐ GRAVE ☐ NON VALUTABILE	
ACCESSO VENOSO:	
☐ POSIZIONATO IN DEGENZA, FUNZIONANTE E FUNZIONALE ALLA PROCEDURA INTERVENTISTICA ☐ POSIZIONATO NELLA FASE PERI-PROCEDURA	
DIURESI:	
☐ IN PRESENZA DI CATETERE VESCICALE specificare quantità:	
ALTRI ATTI ASSISTENZIALI:	
☐ NO ☐ SI SE SI specificare quali:	INFERMIERE
ULTERIORI SEGNALAZIONI UTILI ALLA PRESA IN CARICO DELLA PERSONA ASSISTITA:	
SE SI specificare quali:	

SCHEDA “C”

- Infermiere
Coordinatore della
Checklist

- Preparazione del
paziente

SCHEDA B: ACCETTAZIONE NELLA SALA DI CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA	
ACCOGLIENZA DELLA PERSONA ASSISTITA:	FIRMA/SIGLA AVVENUTO CONTROLLO: INFERMIERE ACCETTANTE
INDICARE L'ORA DI ARRIVO DELLA P.A. NELLA SALA DI CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA: ☐ AVVENUTA IDENTIFICAZIONE P.A. AVVENUTA IDENTIFICAZIONE: ☐ DELLA PROCEDURA INTERVENTISTICA CARDIOLOGICA ☐ DELLE PROCEDURE INTERVENTISTICHE CARDIOLOGICHE	
PROBLEMATICHE EMERSE DURANTE LA FASE DI ACCOGLIENZA NELLA SALA DI CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA:	
☐ NO	SE SI specificare:
RICHIESTE ESPRESSE DALLA PERSONA ASSISTITA:	
☐ NO	SE SI specificare:
SCHEDA C: PERI-PROCEDURA INTERVENTISTICA	
ALLERGIE/INTOLLERANZE NOTE:	FIRMA/SIGLA AVVENUTO CONTROLLO: INFERMIERE
☐ SI ☐ NO	
VERIFICA LIVELLO DI ANSIA:	
☐ ASSENTE ☐ LIEVE ☐ MODERATO ☐ GRAVE ☐ NON VALUTABILE	
ACCESSO VENOSO:	
☐ POSIZIONATO IN DEGENZA, FUNZIONANTE E FUNZIONALE ALLA PROCEDURA INTERVENTISTICA ☐ POSIZIONATO NELLA FASE PERI-PROCEDURA	
DIURESI:	
☐ IN PRESENZA DI CATETERE VESCICALE specificare quantità:	
ALTRI ATTI ASSISTENZIALI:	
☐ NO ☐ SI SE SI specificare quali:	INFERMIERE
ULTERIORI SEGNALAZIONI UTILI ALLA PRESA IN CARICO DELLA PERSONA ASSISTITA:	
SE SI specificare quali:	

SCHEDA "D"

■ Identificazione

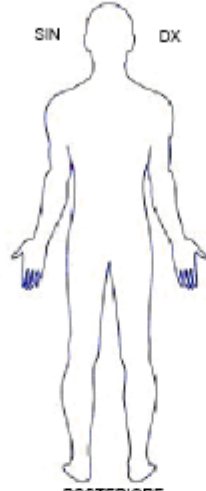
- Equipe
- Persona assistita
- Procedura

■ Inizio procedura

- Orario
- Anestesia
- Parametri vitali

SCHEDA D: INTRA-PROCEDURA INTERVENTISTICA												
APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI:												
☐ AVVENUTA VERIFICA FUNZIONALITA'												
IDENTIFICAZIONE PRESENTI IN SALA:												
☐ PRESENTAZIONE DEI MEMBRI DELL'EQUIPE INTERVENTISTICA PER NOME E RUOLO												
ALTRE PERSONE ESTERNE PRESENTI AUTORIZZATE DALLA DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA												
☐ SE SI SPECIFICARE:												
CONDIVISIONE NELL'AMBITO DELL'EQUIPE INTERVENTISTICA:												
☐ IDENTIFICAZIONE PERSONA ASSISTITA		IDENTIFICAZIONE:		☐ PROCEDURA CARDIOLOGICA		☐ PROCEDURE CARDIOLOGICHE						
EVENTUALI CRITICITA' RILEVI ESPRESSI DA		☐ CARDIOLOGO INTERVENTISTA SE SI SPECIFICARE:		☐ ANESTESISTA SE SI SPECIFICARE:		☐ INFERMIERE SE SI SPECIFICARE:						
INIZIO PROCEDURA:												
Ora:												
ANESTESIA PRATICATA:		☐ SEDAZIONE		☐ GENERALE		☐ COMBINATA		☐ LOCALE				
PARAMETRI MONITORATI DURANTE LA PROCEDURA:												
ORA RILEVAZIONE												
FC												
SO ₂												
PA												
Temperatura corporea												
ECG												
ECG												
ALTRO												
☐ SE SI SPECIFICARE:												

■ Presidi posizionati e utilizzati durante la procedura

PRESIDI POSIZIONATI DURANTE LA PROCEDURA INTERVENTISTICA:	
DX SIN  ANTERIORE SIN DX  POSTERIORE	SIMBOLI PER INDICARE SEDE COLLOCAZIONE PRESIDI
	X accesso venoso periferico (se più accessi identificare con diametro) X₁ accesso venoso centrale X₂ accesso arterioso ☐ placca elettrocateteri ✓ placche defibrillazione ferita chirurgica ↓ drenaggio e caduta ▲ dispositivo emostasi radiale ● dispositivo emostasi femorale S SNG (se temporaneo St) + catetere vescicale ▼ introduttore in situ ALTRO SE Si specificare:
ALTRI PRESIDI UTILIZZATI DURANTE LA PROCEDURA:	
SISTEMI DI RISCALDAMENTO INFUSIONI: ☐ INFUSIONI PRERISCALDATE SISTEMI DI RISCALDAMENTO PERSONA ASSISTITA: ☐ COPERTA TERMICA	
INDAGINI INTRA-PROCEDURALI:	MEDICAZIONE/I:
☐ EMATICHE ☐ BATTERIOLOGICHE	☐ A PIATTO ☐ COMPRESSIVA ☐ TR BAND ☐ ANGIOSEAL
ALTRO specificare:	ALTRO specificare:

SCHEDA PER LA TRACCIABILITA'

ETICHETTE DISPOSITIVI UTILIZZATI DURANTE LA/LE PROCEDURA/E CARDIOLOGICA/CHE:

■ Infusioni e farmaci

- Dosaggio
- Orario

FARMACI SOMMINISTRATI DURANTE LA PROCEDURA INTERVENTISTICA:								
FARMACO	QUANTITATIVO SOMMINISTRATO E ORARIO DI SOMMINISTRAZIONE							
☐ LIDOCAINA CLORIDRATO 20mg/ml	ml sottocute	ora	ml sottocute	ora	ml sottocute	ora	ml sottocute	ora
☐ MEPIVACAINA 20mg/ml	ml sottocute	ora	ml sottocute	ora	ml sottocute	ora	ml sottocute	ora
☐ PROPOFOL 10mg/ml	ml endovena	ora	ml endovena	ora	ml endovena	ora	ml endovena	ora
☐ MIDAZOLAM II 5 mg/ml	ml endovena	ora	ml endovena	ora	ml endovena	ora	ml endovena	ora
☐ EPARINA 5000 u.i./ml	u.i. endovena	ora	u.i. endovena	ora	u.i. endovena	ora	u.i. endovena	ora
☐ NITROGLICERINA 1 II 5 mg/ml diluita a 20 ml con sol. Fisologica	ml intracoronaria	ora	ml intracoronaria	ora	ml intracoronaria	ora	ml intracoronaria	ora
☐ NITROGLICERINA II 5 mg/ml	ml endovena	ora	ml endovena	ora	ml endovena	ora	ml endovena	ora
☐ ATROPINA SOLFATO II 0.5 mg/ml	fl endovena	ora	fl endovena	ora	fl endovena	ora	fl endovena	ora
☐ ISOPRENALINA CLORIDRATO II 0.2mg/ml	fl endovena	ora	fl endovena	ora	fl endovena	ora	fl endovena	ora
☐ ADRENALINA II 1mg/ml	fl endovena	ora	fl endovena	ora	fl endovena	ora	fl endovena	ora
☐ DILTIAZEM CLORIDRATO II 50mg/5ml	fl endovena	ora	fl endovena	ora	fl endovena	ora	fl endovena	ora
☐ ABCIXIMAB (REO-PRO)	mg endovena	ora	mg endovena	ora	mg endovena	ora	mg endovena	ora
☐ RIFAMICINA II 250mg/10ml	fl nella tasca	ora	fl nella tasca	ora	fl nella tasca	ora	fl nella tasca	ora
☐ PARACETAMOLO flac 1mg/ml	flac endovena	ora	flac endovena	ora	flac endovena	ora	flac endovena	ora
☐ MEZZO DI CONTRASTO	Tipologia:		Quantità somministrata:					
Altro								
SE SI Specificare all'interno dello schema sottostante								
FARMACO	QUANTITATIVO SOMMINISTRATO E ORARIO DI SOMMINISTRAZIONE							
		ora		ora		ora		ora
		ora		ora		ora		ora
		ora		ora		ora		ora
		ora		ora		ora		ora
INFUSIONI SOMMINISTRATE DURANTE LA PROCEDURA INTERVENTISTICA:								
☐ FISIOLOGICA 500 cc	Ora inizio	Ora termine	Altro SE SI Specificare all'interno dello schema sottostante					
INFUSIONE	QUANTITATIVO SOMMINISTRATO E ORARIO DI SOMMINISTRAZIONE							
		inizio termine		inizio termine		inizio termine		inizio termine
		inizio termine		inizio termine		inizio termine		inizio termine
		inizio termine		inizio termine		inizio termine		inizio termine

- Termine procedura
 - Orario termine/uscita
 - Parametri
 - Tipo di procedura
 - Problemi
- Comunicazioni alla degenza

ORARIO FINE PROCEDURA:			
Ora:			
PARAMETRI VITALI ED ALTRO RILEVATI IN USCITA DALLA SALA DI CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA:			
☐ PRESSIONE ARTERIOSA mm Hg: ☐ FREQUENZA CARDIACA batti/min: ☐ SATURAZIONE %: ☐ DOLORE (NR/VAS 0-10):		☐ E.C.G. (Allegato alla presente) ☐ DAP SCOPIA mGy cm: ☐ DAP GRAFIA mGy cm: ☐ TOTAL TIME minuti:	
ALTRO ☐ SE SI Specificare			
ORARIO USCITA DALLA SALA DI CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA:			
Ora:			
PROCEDURA INTERVENTISTICA CARDIOLOGICA ESEGUITA:			
I.C.D. (Implantable Defibrillator Cardioverter) ☐ IMPIANTO ☐ SOSTITUZIONE ☐ ESPANTO Se Implanto/sostituzione SPECIFICARE TIPOLOGIA:		☐ STUDIO ELETTROFISIOLOGICO ☐ ABLAZIONE Se SI SPECIFICARE TIPOLOGIA:	
Loop Recorder ☐ IMPIANTO ☐ ESPANTO		☐ CHIUSURA AURICOLA SINISTRA ☐ CORONAROGRAFIA ☐ ANGIOPLASTICA	
PACE MAKER ☐ IMPIANTO ☐ SOSTITUZIONE ☐ ESPANTO Se Implanto/sostituzione SPECIFICARE TIPOLOGIA:		☐ ALTRO Se SI SPECIFICARE:	
SEGNALAZIONE PROBLEMI CLINICI AVVENUTI DURANTE LA PROCEDURA INTERVENTISTICA:			
☐ NO		☐ Si specificare:	
SEGNALAZIONE PROBLEMI AVVENUTI DURANTE LA PROCEDURA INTERVENTISTICA LEGATI ALL'UTILIZZO DEI DISPOSITIVI MEDICI:			
☐ NO		☐ Si specificare:	
COMUNICAZIONI ALLA STRUTTURA DI DEGENZA:			
☐ NO	MEDICAZIONE: ☐ GHIACCIO ☐ SACCHETTO DI SABBIA	IN PRESENZA DI EMOSTASI RADIALE: ☐ APPLICARE PROCEDURA	ALTRO ☐ SE SI Specificare

- Sigla componenti equipe

- Altre figure professionali

CERTIFICAZIONE DEI CONTROLLI ED ATTIVITA' EROGATE DURANTE LA PROCEDURA INTERVENTISTICA CARDIOLOGICA PER QUANTO DI PROPRIA COMPETENZA:				
ÉQUIPE INTERVENTISTICA	SIGLA	CAMBI ÉQUIPE INTERVENTISTICA		SIGLA
Infermiere (Coordinatore Checklist)		data ore	data ore	
Infermiere Strumentista		data ore	data ore	
Infermiere		data ore	data ore	
Medico Anestesista		data ore	data ore	
Cardiologo Primo Operatore		data ore	data ore	
Cardiologo Secondo Operatore		data ore	data ore	
Cardiologo Ecocardiografista		data ore	data ore	
Tecnico di Radiologia		data ore	data ore	
ALTRE FIGURE PROFESSIONALI CHE HANNO FORNITO PRESTAZIONI ASSISTENZIALI ALLA P.A. NELLA SALA DI CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA:				
SE SI specificare nome, cognome e qualifica:				

® DOCUMENTO ELABORATO A CURA DEL GRUPPO DI PROGETTO "CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE CHE DEVE ESSERE SOTTOPOSTO A PROCEDURA INTERVENTISTICA CARDIOLOGICA" CON IL SUPPORTO METODOLOGICO DELLA DOTT.SSA PAOLA ROSSETTO S.C. RISK MANAGEMENT, VERSIONE 4: 04 GIUGNO 2015

THANK YOU VERY MUCH

